

Aus der Abteilung für Medizinische Psychologie der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

WÖCHENTLICHE KONTAKT- UND BESUCHSFREQUENZEN IN DER
PSYCHIATRIE

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
dem Fachbereich Medizin vorgelegt

von Wolfgang Weiß
aus Werneck

Mainz 1984

Aus der Abteilung für Medizinische Psychologie der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

WÖCHENTLICHE KONTAKT- UND BESUCHSFREQUENZEN IN DER
PSYCHIATRIE

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
dem Fachbereich Medizin vorgelegt

von Wolfgang Weiß
aus Werneck

Mainz 1984

Dekan : Professor Dr. Dr. W. Ketterl

1. Gutachter : Professor Dr. G. Huppmann

2. Gutachter : Professor Dr. J. Glatzel

Tag der mündlichen Prüfung : 11. 7. 1984

	Vorwort	
1.	Einleitung	1
1.1.	Einleitung	1
1.2.	Einleitung	1
1.3.	Einleitung	1
1.4.	Einleitung	1
1.5.	Einleitung	1
1.6.	Einleitung	1
1.7.	Einleitung	1
1.8.	Einleitung	1
1.9.	Einleitung	1
1.10.	Einleitung	1
1.11.	Einleitung	1
1.12.	Einleitung	1
2.	Einleitung	1
2.1.	Einleitung	1
2.2.	Einleitung	1
2.3.	Einleitung	1
2.4.	Einleitung	1
2.5.	Einleitung	1
2.6.	Einleitung	1
2.7.	Einleitung	1
2.8.	Einleitung	1
2.9.	Einleitung	1
2.10.	Einleitung	1
2.11.	Einleitung	1
2.12.	Einleitung	1
3.	Einleitung	1
3.1.	Einleitung	1
3.2.	Einleitung	1
3.3.	Einleitung	1
3.4.	Einleitung	1
3.5.	Einleitung	1
3.6.	Einleitung	1
3.7.	Einleitung	1
3.8.	Einleitung	1
3.9.	Einleitung	1
3.10.	Einleitung	1
3.11.	Einleitung	1
3.12.	Einleitung	1
4.	Einleitung	1
4.1.	Einleitung	1
4.2.	Einleitung	1
4.3.	Einleitung	1
4.4.	Einleitung	1
4.5.	Einleitung	1
4.6.	Einleitung	1
4.7.	Einleitung	1
4.8.	Einleitung	1
4.9.	Einleitung	1
4.10.	Einleitung	1
4.11.	Einleitung	1
4.12.	Einleitung	1

MEINER FRAU IRMGARD

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

	Vorwort	
1.	Einleitung und Literaturüberblick	1
1.1.	Einleitung	1
1.2.	Besuchsauswirkungen als Teilaspekte wissenschaftlicher Betrachtung	2
1.3.	Besuchshäufigkeit als Mittelpunkt wissenschaftlicher Untersuchungen	6
1.4.	Die wöchentliche Besuchsfrequenz als Maß für soziale Kontakte	8
1.5.	Meßgröße	15
2.	Hypothesen zur Abhängigkeit von Besuchs- und Kontaktfrequenz bei psychiatrischen Patienten	17
3.	Methodischer Teil	18
3.1.	Ort der Untersuchung	18
3.2.	Methodik	18
4.	Ergebnisse	21
4.1.	Patienten ohne Besuch	21
4.2.	Verwandtschaftsverhältnis zwischen Besucher und Besuchtem	21
4.3.	Benutzte Verkehrsmittel	21
4.4.	Verteilung von wBF und wKF	22
4.5.	Aufteilung der Patienten in zwei Gruppen	24
4.6.	Entfernung des Wohnsitzes	25
4.7.	Zahl der Einweisungen	27
4.8.	Geschlecht	30
4.9.	Hospitalisierungsdauer	31
4.10.	Sozialer Status	33
4.11.	Diagnose	37
4.12.	Alter	41

4.13.	Einweisungsverfahren	43
4.14.	Familienstand	47
4.15.	Multiple Regressionsanalyse und Prüfung auf Rangkorrelation	50
5.	Diskussion	55
6.	Zusammenfassung	61
7.	Anhang	62
8.	Literaturüberblick	63

VORWORT

Die vorliegende Untersuchung wurde ermöglicht durch Herrn Chefarzt Dr. A. Schottky (Bezirkskrankenhaus Werneck), der der Durchführung an der von ihm geleiteten Klinik zustimmte.

Zu großem Dank bin ich weiterhin verpflichtet Herrn Dr. Mathies (Universitätsbibliothek Würzburg), der mich bei der Literaturbeschaffung unterstützte, und Frau Dr. Haubitz (Rechenzentrum der Universität Würzburg) für die Beratung und Mithilfe bei der Wahl der statistischen Testverfahren.

Besonderen Dank möchte ich Herrn Prof. Dr. G. Huppmann für die Überlassung der Arbeit und die intensive Betreuung während des gesamten Zeitraums, den die Erstellung beanspruchte, aussprechen.

Nicht zuletzt möchte ich noch das Pflegepersonal der an der Untersuchung beteiligten Stationen erwähnen, ohne dessen zuverlässige Mitarbeit die Untersuchung nicht hätte realisiert werden können.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

1. EINLEITUNG UND LITERATURÜBERBLICK

1.1. Einleitung

In psychiatrischen Kliniken ist das Interesse zunehmend darauf gerichtet, die Hospitalisierungsdauer der Patienten zu verringern. Häufigkeit und Ausmaß von Hospitalisierungsschäden (Finzen, 1974) können dadurch reduziert werden. Man versucht dabei auch, die Sozialkontakte der Kranken zu fördern, um der sozialen Deprivation, einer der Determinanten ihrer sekundären Beeinträchtigung, entgegenzuwirken (vgl. zusf. Huppmann, 1980). Sozialtherapeutische Programme und Beurlaubungen von Patienten sind die Mittel, welche den Behandlern zur Verfügung stehen ; die Sozialpartner der Kranken wären durch ihre Besuche in der Lage, in die gleiche Richtung zu wirken.

Bisher haben sich nur relativ wenige Autoren mit Frequenz und Art der Wirkung des Besuchs von Angehörigen, Freunden und Bekannten auf hospitalisierte psychiatrische Patienten beschäftigt. Meistens geschah dies nur am Rande (z. B. Rose, 1959 ; Evans et al., 1961 ; Gore u. Jones, 1961 ; Haddenbrock u. Poeschel, 1963 ; Freeman et al., 1965 ; Watt u. Buglass, 1966 ; Davis u. Murray, 1967 ; Ludwig u. Collette, 1970 ; Linn, 1970 ; Hartmann u. Meyer, 1974 ; Jan, 1977 ; Kunze, 1977 ; Vijayalakshmi, 1978 ; Ebringer u. Christie-Brown, 1980), lediglich einige Autoren haben dieses Thema in den Mittelpunkt ihrer Studien gerückt (z. B. Brown, 1959 ; Sommer, 1959 ; Groth et al., 1960 ; Jonas, 1968 ; Oberdalloff, 1969 ; Mruck, 1972 ; Erhart, 1973 ; Bernstein et al., 1980).

Die bisherigen Forschungsergebnisse stellen wir nachfolgend dar.

1.2. Besuchsauswirkungen als Teilaspekte wissenschaftlicher Betrachtung

Rose (1959) ermittelte bei einer Erhebung an einem Veterans Administration Hospital anhand der Beobachtung von 100 Patienten die Mutter als Hauptbesucherin. Mindestens 2 Besuche pro Monat erhielten 35 Patienten mit einer durchschnittlichen Hospitalisierungsdauer von 2 Jahren, weniger bis gar keinen Besuch pro Monat wiesen 65 Patienten mit einer durchschnittlichen Hospitalisierungsdauer von 10 Jahren auf. Ältere und länger hospitalisierte Patienten erhielten weniger Besuch.

Evans, Bullard u. Solomon (1961) untersuchten 60 Patienten (Hospitalisierungsdauer : 5 Jahre und mehr). 80 % dieser Gruppe erhielt Besuch ; 75 % konnten zumindest einmal im Monat Besuch empfangen. Von den weniger als 13 Jahre Hospitalisierten (N = 48) blieben 16,4 % (N = 8), von den länger Hospitalisierten (N = 12) 33,3 % (N = 4) ohne Besuch.

Nach längerer Hospitalisierungsdauer sank die Besuchsfrequenz ab. Alter und Geschlecht beeinflussten sie nicht. Bei der Diskussion dieser Ergebnisse (im gleichen Artikel) weist Denber auf eigene Untersuchungen hin, nach denen nur 50 % (N = unbekannt) der Langzeitpatienten besucht wurden.

Die Ergebnisse von Gore u. Jones (1961) bezogen sich auf 777 Männer und 764 Frauen. 32,8 % der Männer (N = 254) und 30,5 % der Frauen (N = 233) erhielten nie Besuch. 46,3 % der Männer und 47,6 % der Frauen wurden maximal einmal pro Jahr besucht. Alle Probanden hielten sich seit mindestens 5 Jahren in der Klinik auf.

Haddenbrock u. Poeschel (1963) bezogen am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Emmendingen 200 männliche und 200 weibliche chronisch Kranke, die mindestens seit einem Jahr dort untergebracht waren, in ihre Studie ein. Rund ein Drittel der Patienten (die genaue Zahl wird

nicht genannt) erhielt nie, ein weiteres Drittel mindestens einen Besuch pro Vierteljahr und das restliche Drittel weniger als einen Besuch pro Quartal.

Freeman u. a. (1965) beobachteten am Littlemore Hospital, Oxford, 35 Männer und 23 Frauen, die folgende Kriterien erfüllten: "jünger als 60 Jahre", "schizophren", "in Großbritannien geboren" und "seit mindestens 2 Jahren ohne Unterbrechung hospitalisiert". Der Wunsch nach Entlassung korrelierte signifikant mit klinischem Bild und Grad der Abkapselung ($p < 0,01$) und kurzer Hospitalisierungsdauer ($p < 0,05$). Es bestand kein Zusammenhang zwischen Hospitalisierungsdauer und Kontakt mit Angehörigen.

Lange (1965) ermittelte bei 347 chronisch Schizophrenen den Anteil der Unbesuchten mit 33,7 %.

Watt u. Buglass (1966) verglichen eine Gruppe von Patienten mit langem Hospitalaufenthalt, welche schließlich doch entlassen werden konnten ($N = 67$) mit einer Gruppe nicht entlassener Patienten ($N = 38$). Dabei stellte sich heraus, daß diejenigen Patienten, die mindestens einmal pro Monat besucht wurden, eher entlassen werden konnten als andere. Selbst bei nur einem Besuch pro Jahr bestand noch ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$).

Nach Davis u. Murray (1967) beeinflussten Besuche nicht nur die Aufenthaltsdauer, sondern auch die Heilungsfortschritte und das Verhalten des Patienten. Dieses Ergebnis lieferte die Untersuchung von 15 Kurzzeitpatienten (Hospitalisierungsdauer: 1 - 11 Monate) und 15 Langzeitpatienten, die mindestens 3 Jahre hospitalisiert waren.

Ludwig u. Collette (1970) stellten die Hypothese auf, daß soziale Isolation bei Auslösung und Verlauf von psychischen Erkrankungen eine Rolle spielt. Bei der Untersuchung von 479 Personen, die früher soziale Wohlfahrtsleistungen beantragt hatten, waren von den 268 Personen, die keine sozialen Kontakte hatten, 38,1 % seelisch erkrankt, während von den 211 Personen mit solchen Kontakten dies

nur in 22,3 % der Fälle zutraf. Die Beziehung zwischen sozialer Isolation und seelischer Erkrankung erwies sich als hochsignifikant ($p < 0,001$).

Linn (1970) ermittelte, daß Patienten, die besucht wurden, ebenso wie Patienten, die in Therapieprogrammen betreut wurden oder bei denen ein enger Kontakt zum Arzt und Pflegepersonal bestand, eher mit einer kurzen Hospitalisierungsdauer rechnen konnten. Alter, psychischer und physischer Zustand des Patienten hingegen korrelierten nicht mit frühzeitiger Entlassung.

Bhaskaran u. Dhawan (1974) untersuchten am Hospital for Mental Diseases, Ranchi, 98 weibliche schizophrene Patienten. 48 davon, deren Alter zwischen 12 und 50 Jahren lag, waren bei Beginn der Studie mindestens 2 Jahre hospitalisiert, die übrige Gruppe setzte sich aus Patientinnen mit einer Hospitalisierungsdauer von 2 - 6 Monaten zusammen. Die Autoren bestimmten u.a. die Besuchsfrequenz in den letzten 2 Monaten vor Beginn der Studie und ihre Beziehung zur Hospitalisierungsdauer. Dabei ergab sich: 42 % der Kurzzeitgruppe hatte ein- oder mehrmals im Monat Besuch, während der entsprechende Anteil bei den Langzeitpatientinnen nur bei 10 % lag. Der Unterschied war mit $p < 0,01$ signifikant.

Hartmann u. Meyer (1974) fanden heraus, daß 50 % der Dauerhospitalisierten keinen Besuch erhielten ($N =$ unbekannt). 30 % der Entlassenen waren in Begleitung von Angehörigen eingeliefert worden, während dies bei Dauerpatienten nur zu 10 % der Fall war.

Jan (1977) stellte anhand der Beobachtung von 133 Patienten staatlicher Nervenkrankenhäuser fest, daß ansteigende Besuchsfrequenz zu kürzerer Hospitalisierungsdauer führte.

Kunze (1977) fand, daß auch im nicht klinisch-stationären Bereich wie Heimen oder Übergangseinrichtungen der Anteil der isolierten Patienten sehr hoch ist. So hatten 28 % der Heiminsassen in den letzten 6 Monaten vor der Befragung weder Besuche gemacht noch

empfangen (N gesamt = 542). In den Übergangseinrichtungen, in denen die medizinische Versorgung wesentlich besser ist, traf dies noch auf 11 % der Insassen zu (N gesamt = 133). Bei beiden Gruppen handelte es sich um ehemalige Patienten des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg.

Vijayalakshmi (1978) verglich 20 weibliche und 33 männliche Patienten mit einem Hospitalaufenthalt von mindestens 2 Jahren mit einer gleich großen Gruppe von Patienten, die innerhalb der ersten drei Monate nach Aufnahme entlassen werden konnten. Dabei stellte sich heraus, daß die chronisch Kranken älter waren, geringeres Einkommen hatten, weiter entfernt vom Krankenhaus wohnten und keine Besuche während ihres Aufenthalts empfangen konnten.

Ebringer u. Christie-Brown (1980) fanden, daß von 74 Patienten, die durchschnittlich 12,3 Wochen hospitalisiert waren, 40,5 % keinen festen Wohnsitz hatten und 36,5 % nie Besuch erhielten. Längere Hospitalisierungsdauer (mehr als drei Monate) führte ebenso wie Obdachlosigkeit zu weniger Besuch.

Zimmermann (1982) definierte in einer Erhebung, die er zur Erforschung der sozialen Isolation und Einsamkeit bei psychiatrischen Langzeitpatienten durchführte, u. a. die absolute Kontakthäufigkeit. In diese Größe gingen Besuche des Patienten außerhalb der Klinik, Empfang von Besuchen, Telefonate, Briefkontakte, Kontakte mit Patienten und Kontakte mit dem Pflegepersonal gleichberechtigt ein. Aus den einzelnen Teilbereichen wurde ein Gesamtpunktwert gebildet. Dieses Vorgehen ermöglicht retrospektiv keine Analyse, welcher Teilbereich zum Gesamtscore wesentlich beiträgt.

Die Untersuchung fand im Frühjahr 1981 an den Landeskrankenhäusern Bonn und Düren statt, wobei ausschließlich chronisch Schizophrene befragt wurden. 20 von 100 Patienten hatten überhaupt keine Kontakte mehr zur Außenwelt und 91,2 % (73 von 80

Patienten) hatten in den letzten drei Monaten vor der Befragung weder Besuch erhalten noch abgestattet. Unsicherheitsfaktoren ergeben sich bei dieser Studie aus der Tatsache, daß die Patienten die Häufigkeit von Besuchen, Anrufen und Briefkontakten in den drei der Befragung vorausgehenden Monaten angeben mußten, ohne daß darüber exakte Aufzeichnungen, z. B. durch das Pflegepersonal, geführt worden wären.

1.3. Besuchshäufigkeit als Mittelpunkt wissenschaftlicher Untersuchungen

Brown (1959) untersuchte 148 Patienten des Long Grove Hospital/London im Jahre 1950. 20,3 % (N = 30) erhielten nie Besuch. Die Patienten, die ohne Besuch blieben, wurden in zwei Untergruppen eingeteilt. Zur einen zählten Patienten mit einer Hospitalisierungsdauer von weniger als zwei Jahren, zur anderen Patienten mit einem Krankenhausaufenthalt von mehr als zwei Jahren. 83 % (N = 25) der Nichtbesuchten gehörten zur Langzeitgruppe.

Ebenso wurden Patienten mit Besuch (N = 118) auf die beiden Gruppen verteilt. Nur 25 % (N = 30) von ihnen gehörten zur Langzeitgruppe. Der Unterschied in der Besetzung beider Gruppen war signifikant ($p < 0,001$). Bei einer Nachuntersuchung 1955 war das nicht mehr der Fall. Der Anteil der Unbesuchten lag bei 32,06 % (59 von 184 Patienten). Jetzt gehörten nur noch 27 % der Unbesuchten (16 von 59) zur Langzeitgruppe im Vergleich zu 18 % (23 von 125) der Besuchten. Als möglicher Grund dafür wird eine fortschrittlichere Entlassungspolitik am Long Grove Hospital diskutiert, die sich zwischen beiden Untersuchungen dergestalt geändert hat, daß auch Patienten ohne Besuch eher entlassen wurden.

In einer Vergleichsstudie am Banstead Hospital/London blieben 1950/1951 80 von 326 Patienten ohne Besuch (Anteil 24,53 %), 1955 77 von 299 (25,75 %).

Bei der Untersuchung 1950/1951 gehörten Unbesuchte mit 54 % zur Langzeitgruppe im Gegensatz zu 26 % der Besuchten ; 1955 belief sich der Anteil der Unbesuchten an der Langzeitgruppe auf 16 % im Vergleich zu 4 % der Besuchten.

Bei drei der vier Studien von Brown lautete das hochsignifikante Ergebnis ($p < 0,001$) :

Patienten mit Besuch sind kürzer hospitalisiert als unbesuchte Patienten.

Sommer (1959) kam zu folgenden Ergebnissen :

Sommer nahm alle Patienten, die in einem dreiwöchigen Beobachtungszeitraum besucht wurden, in die Studie auf und verglich sie mit einer randomisierten Krankenhausstichprobe. Dabei waren die 191 Patienten mit Besuch durchschnittlich 7,4 Jahre hospitalisiert, während die Vergleichsgruppe (N = 191) eine Aufenthaltsdauer von 16,6 Jahren aufwies. Frauen erhielten mehr Besuch als Männer. Die Entfernung des Patientenwohnsitzes vom Krankenhaus und das Alter wirkten sich nicht aus. Im Beobachtungszeitraum wurden nur 11,9 % der Patienten besucht (191 von 1600).

Bei einer Untersuchung an einem Militärhospital in Fort Lyon, Colorado, ermittelten Groth, Gordon u. Dietrich (1960) : 263 Patienten von 646 (Anteil : 41 %) hatten seit einem Jahr keinen Besuch mehr erhalten. Aus dieser Gruppe waren 101 Patienten seit ihrer Aufnahme noch nie besucht worden, obwohl diese in einigen Fällen 25 Jahre zurück lag. Ältere Patienten und länger Hospitalisierte wurden seltener besucht.

Bernstein, Manchester und Weaver (1980) führten am Medical Center Hospital of Vermont eine Studie durch, in deren Verlauf sie sich Aufschlüsse über die Auswirkungen von Besuchen auf psychiatrische Patienten (N = 30) erhofften. In dem oben genannten Krankenhaus sind psychisch und somatisch Kranke im selben Gebäude, aber in verschiedenen Stationen untergebracht. Folgende Hypothesen wur-

den aufgestellt :

1. Psychiatrische Patienten in einem Allgemeinen Krankenhaus, die besucht werden, bleiben signifikant kürzer in stationärer Behandlung als unbesuchte Patienten.
2. Zwischen psychiatrischen und somatischen Patienten besteht hinsichtlich der Besuchshäufigkeit kein Unterschied.
3. Patienten mit abnormem Verhalten werden seltener besucht als "unauffällige" Patienten.

Die Untersuchung konnte keine der drei Hypothesen bestätigen. Somatische Patienten erhielten signifikant häufiger ($p < 0,05$) als psychiatrische Patienten Besuch. Als mögliche Ursache dafür wird die größere Stigmatisierung durch psychische Krankheit als durch körperliche Mängel diskutiert.

40 % der psychisch Kranken erhielten überhaupt keinen Besuch.

1.4. Die wöchentliche Besuchsfrequenz als Maß für soziale Kontakte

Über einen Zeitraum von drei Monaten wurde die wöchentliche Besuchsfrequenz bei 121 Patienten der Psychiatrischen Klinik, 204 Patienten der Medizinischen Klinik und 178 Patienten der Neurologischen Klinik in Göttingen durch Jonas (1968) ermittelt. Patienten aus der Psychiatrischen Klinik erhielten dabei signifikant weniger Besuch als solche aus der Medizinischen Klinik ($p < 0,001$) und Patienten aus der Neurologischen Klinik ($p < 0,005$). Depressive Patienten wurden häufiger besucht als Psychopathen und Neurotiker ($p < 0,001$).

Bei einer Einteilung nach dem Schichtmodell von Moore und Kleinig (9 Schichten) ergab sich, daß Patienten aus Schicht 3 und 4 signifikant häufiger besucht wurden als solche aus Schicht 7 (p : nicht genannt). Einschränkend wird erwähnt, daß Patienten aus

niederen sozialen Schichten weiter von Göttingen entfernt wohnten als Patienten aus höheren Schichten, was natürlich die Interpretation erheblich erschwert.

60- bis 70-Jährige erhalten mehr Besuch als Patienten aus der Gruppe der 10- bis 20-, 20- bis 30- und 40- bis 50-Jährigen (p : nicht genannt).

Zwischen der Anzahl früherer Aufnahmen, dem Familienstand, der Entfernung des Patientenwohnsitzes und der $\overline{wBF}$ ⁺ ergab sich kein eindeutiger Zusammenhang.

Oberdahlhoff (1969) untersuchte die wöchentliche Besuchsfrequenz von 195 Aufnahmepatienten (Hospitalisierungsdauer maximal 12 Wochen), 101 Schizophrenen und 41 Alterskranken (Beobachtungsdauer : drei Monate). Aufnahmepatienten erhielten mehr Besuch als Schizophrene und Alterskranke ($p < 0,01$). Bei Schizophrenen und Alterskranken fiel die $\overline{wBF}$ mit zunehmender Hospitalisierungsdauer ($p < 0,05$).

Entmündigte Schizophrene wurden weniger besucht als Schizophrene, die freiwillig zur Behandlung gekommen waren ($p < 0,05$). Mit zunehmender Entfernung des Wohnortes vom LKH sank bei AP und Schizophrenen die $\overline{wBF}$ ($p < 0,01$ bzw. $p < 0,05$).

Nur für AP galt :

Entmündigte wurden seltener besucht als die übrigen AP ($p < 0,01$). Ledige hatten eine niedrigere $\overline{wBF}$ als Verheiratete ($p < 0,01$) oder Verwitwete ($p < 0,05$). Schizophrene wurden seltener besucht als endogen Depressive ($p < 0,01$). Unterschichtpatienten erhielten weniger Besuch als Patienten aus höheren Schichten ($p < 0,05$ bzw. $p < 0,01$). Schizophrene erhielten nach der ersten Aufnahme weniger Besuch als Manisch-Depressive ($p < 0,05$).

+ Eine Liste mit sämtlichen im Text verwendeten Abkürzungen findet sich im Anhang.

Mruck (1972) nahm in eine Studie, die sich über einen Zeitraum von 8 Wochen erstreckte, 149 Aufnahmepatienten und 132 Langzeitpatienten (insgesamt 281 Patienten) auf. 35,95 % ($N = 101$) blieben ohne Besuch. Verheiratete erhielten mehr Besuch als Unverheiratete ; dies galt allerdings nur in den ersten drei Wochen des Krankenhausaufenthalts ($p < 0,001$). Freiwillige wurden häufiger besucht als Zwangseingewiesene ($p < 0,01$).

Erhart (1973) beobachtete 186 Patienten, die hinsichtlich ihrer Hospitalisierungsdauer nicht weiter differenziert wurden. Bei ihnen lag der Anteil der Nichtbesuchten bei 41 % ($N = 76$). Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich über 2 Monate. Die wöchentliche Besuchsfrequenz war bei Frauen höher als bei Männern, bei Freiwilligen höher als bei Zwangseingewiesenen, bei Verheirateten höher als bei Unverheirateten, bei erster Aufnahme höher als bei weiteren Aufnahmen, bei längerer Hospitalisierungsdauer niedriger als bei kurzem Krankenhausaufenthalt (p jeweils $< 0,05$).

Neben Erhart (1973) hatte nur noch Sommer (1959) für Frauen eine höhere Besuchsrates als für Männer ermittelt.

Die folgenden Tabellen sollen der raschen Orientierung des Lesers dienen. Sie geben nur Zusammenhänge an, die einer Signifikanzprüfung standhielten. Die ausführliche Darstellung bietet der vorstehende Textteil.

Autor	Zusammenhang	Signifikanzniv. $p <$
Watt, Buglass (1966)	Patienten mit einem Besuch pro Monat haben eine größere Chance auf Entlassung als Pa- tienten mit weniger Besuch.	0,01
	Selbst ein Besuch pro Jahr hat diesen Effekt.	0,05
Linn (1970)	Patienten mit Besuch haben eine größere Chance, frühzei- tig das Krankenhaus verlassen zu dürfen als unbesuchte Pa- tienten.	0,05
Bhaskaran, Dhawan (1974)	LP erhalten weniger Besuch als Kurzzeitpatienten.	0,01
Vijayalakshmi (1978)	LP werden seltener besucht als Aufnahmepatienten.	0,001
Ebringer, Christie-Brown (1980)	Länger Hospitalisierte (> 3 Monate) erhalten weniger Besuch als kürzer Hospitali- sierte.	0,05
	Patienten mit festem Wohn- sitz erhalten mehr Besuch als Patienten ohne festen Wohn- sitz.	0,01

Tab. 1 a : Überblick über die Ergebnisse aus Gliederungspunkt 1.2.

Autor	Zusammenhang	Signifikanzniv. $p <$
Sommer (1959)	Besuchte sind älter bei Erst- aufnahme als Patienten ohne Besuch.	0,01
	Frauen erhalten mehr Be- such als Männer.	0,01
	Der Krankenhausaufenthalt von Besuchten ist kürzer als der von Unbesuchten.	0,01
Brown (1959)	Banstead 1951 und 1955, Long Grove 1950 :	
	Patienten mit Besuch sind kürzer hospitalisiert als un- besuchte Patienten.	0,001
Groth et al. (1960)	Ältere erhalten seltener Be- such als Jüngere.	0,001
	Das gleiche gilt für länger Hospitalisierte.	0,001
Bernstein et al. (1980)	Somatische Patienten erhalten signifikant häufiger Besuch als psychiatrische Patienten.	0,05

Tab. 1 b : Signifikante Ergebnisse aus 1.3.

Autor	Zusammenhang	Signifikanzniv. $p <$
Jonas (1968)	Patienten aus der Psych.	0,001
	Klinik erhalten weniger Besuch als solche aus der Med. und Neurolog. Klinik.	bzw. 0,005
	Depressive werden häufiger besucht als Neurotiker und Psychopathen.	0,01
Oberdalhoff (1969)	AP haben mehr Besuch als	0,01
	Schizophrene und Alterskranke.	
	Bei Schizophrenen und Alterskranken fällt die $\overline{wBF}$ mit zunehmender Hospitalisierungsdauer.	0,05
	Entmündigte AP werden seltener besucht als die übrigen AP.	0,01
	Entmündigte Schizophrene erhalten weniger Besuch als Schizophrene, die freiwillig zur Behandlung kommen.	0,05
	Mit zunehmender Entfernung des Wohnortes vom LKH sinkt bei AP und Schizophrenen die $\overline{wBF}$.	0,01 bzw. 0,05
	Ledige AP erhalten weniger Besuch als verheiratete oder verwitwete.	0,01 0,05
	Schizophrene AP haben eine niedrigere $\overline{wBF}$ als endogen depressive.	0,01

Autor	Zusammenhang	Signifikanzniv. $p <$
Oberdalloff (1969)	Schizophrene AP erhalten nach	0,05
	der ersten Aufnahme weniger Be-	
	such als manisch-depressive.	
	AP aus der Unterschicht erhal-	0,05
	ten weniger Besuch als Patien-	bzw.
	ten aus höheren Schichten.	0,01
Mruck (1972)	Verheiratete erhalten in den er-	0,001
	sten 3 Wochen ihres Krankenhaus-	
	aufenthaltes mehr Besuch als	
	andere Patienten.	
	Freiwillige werden häufiger be-	0,01
	sucht als Zwangseingewiesene.	
Erhart (1973)	Die $\overline{wBF}$ ist	
	bei Frauen höher als bei Männern;	0,05
	bei Freiwilligen höher als bei	0,05
	Zwangseingewiesenen;	
	bei langer Hospitalisierungsdauer	0,05
	niedriger als bei kurzer;	
	bei erster Aufnahme höher als bei	0,05
	weiteren Aufnahmen;	
	bei Verheirateten höher als bei	0,05
	Unverheirateten.	

Tab. 1 c : Überblick über Gliederungspunkt 1.4.

In unserer Studie wollten wir herausfinden, wie krankheitsabhängige Faktoren (z.B. Diagnose) und krankheitsunabhängige Faktoren sich auf Besuchs- und Kontaktfrequenz auswirken (siehe Def. 1.5.). Wir beschränkten uns darauf, die Quantität der Kontakte zu erfassen. Ihre Qualität und Bedeutung für den einzelnen Patienten flossen nicht

in unsere Untersuchung ein. Diesbezüglich verweisen wir auf die Arbeit von Zimmermann (1982). Mit der elektronischen Datenverarbeitung standen uns erheblich bessere Methoden der statistischen Auswertung zur Verfügung als früheren Autoren.

Bevor wir Hypothesen aufstellen, wollen wir die Parameter definieren, die wir zur Quantifizierung von Kontakten verwendeten.

1.5. Meßgröße

Kontakte zwischen Patienten und Außenwelt können auf zwei Wegen zustande kommen.

1. Besucher kommen in die Klinik.
2. Der Patient wird vorübergehend in seine gewohnte Umgebung entlassen (Beurlaubung).

Diesem Umstand trugen wir mit der Definition der wöchentlichen Kontaktfrequenz (wKF) als Meßgröße für die sozialen Außenkontakte Rechnung.

$$wKF = \frac{\text{Zahl der Tage mit Besuch + Urlaubstage}}{\text{erfaßte Aufenthaltstage in der Klinik}} \quad \times 7$$

Die Multiplikation mit dem Faktor 7 ergibt die Zahl der Kontakte pro Woche.

Die wöchentliche Besuchsfrequenz

$$wBF = \frac{\text{Zahl der Tage mit Besuch}}{\text{erfaßte Aufenthaltstage}} \quad \times 7$$

wurde mitbestimmt, um einen Vergleich mit den Arbeiten von Erhart (1973), Jonas (1968) und Oberdalloff (1969) zu ermöglichen.

Die höhere Aussagekraft der wKF, der von uns erstmalig definierten Größe, verdeutlicht sich im folgenden Beispiel : Ein Patient wird am Wochenende zwei Tage beurlaubt.

Im Laufe der Woche erhält er keinen Besuch. Bei einwöchiger Beob-

achtungsdauer errechnet sich eine wKF von 2,0, eine wBF von 0,0.

In die Untersuchung wurden nur Patienten aufgenommen, die mindestens 7 Tage in der Klinik waren.

Die Synopsis der früheren Ergebnisse veranlaßte uns, folgende Hypothesen aufzustellen.

2. HYPOTHESEN ZUR ABHÄNGIGKEIT VON WÖCHENTLICHER BESUCHS- UND KONTAKTFREQUENZ BEI PSYCHIATRISCHEN PATIENTEN

Die Hypothesen sollen für Aufnahme- und Langzeitpatienten gleichermaßen gelten (mit Ausnahme von 1).

1. Aufnahmepatienten haben eine höhere $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ als Langzeitpatienten.
2. Patienten, deren Wohnsitz näher am Bezirkskrankenhaus liegt, haben eine höhere $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ als Patienten, die weiter entfernt wohnen.
3. Patienten mit einer hohen Zahl von Einweisungen haben eine höhere $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ als Patienten mit wenigen Einweisungen.
4. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht hinsichtlich $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$.
5. Patienten mit langer Hospitalisierungsdauer haben eine niedrigere $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ als Patienten, die nur kurzzeitig hospitalisiert sind.
6. Schizophrene Patienten haben eine niedrigere $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ als Patienten mit anderen Diagnosen.
7. Patienten mit niedrigem sozialen Status haben eine niedrigere $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ als Patienten mit höherem sozialen Status.
8. Ältere Patienten haben eine niedrigere $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ als jüngere Patienten.
9. Zwangseingewiesene haben eine niedrigere $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ als Patienten, die sich freiwillig oder durch ärztliche Einweisung einer stationären Behandlung unterziehen.
10. Verheiratete weisen eine höhere $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ auf als Alleinstehende.

Zur Überprüfung der Richtigkeit unserer Hypothesen führten wir eine Studie durch, auf deren Einzelheiten wir im folgenden methodischen Teil näher eingehen.

3. METHODISCHER TEIL

3.1. Ort der Untersuchung

Die Untersuchung wurde am Bezirkskrankenhaus Werneck/Ufr. durchgeführt. Verkehrsmäßig darf die Lage des Ortes als günstig bezeichnet werden :

Die Bundesstraße 19 verbindet die Gemeinde mit Würzburg und Schweinfurt. Ein Autobahnanschluß befindet sich in unmittelbarer Nähe, die nächste Bahnstation ist das zwei Kilometer entfernte Waigolshausen.

In einem von Balthasar Neumann im 18. Jahrhundert erbauten Schloß, welches inmitten einer eindrucksvollen Parkanlage liegt, sind das Orthopädische und das Nervenkrankenhaus untergebracht.

Durch einen Neubautrakt im westlichen Teil des Parkes wurde das Nervenkrankenhaus um je zwei Aufnahmestationen für Männer und Frauen erweitert.

Das Nervenkrankenhaus verfügt über 17 Stationen mit insgesamt 713 Betten (Stand : November 1980). Davon sind 329 für Frauen und 384 für Männer bestimmt.

3.2. Methodik

In der Zeit vom 10.8.1980 bis zum 1.11.1980 (12 Wochen) erhielt jeder Besucher der Stationen H II, G II, F I, C II, D VI und C VII eine Karte, mit der folgende Angaben erfragt wurden :

1. Datum des Besuchs :
2. Name des Besuchten :
3. Zahl der Besucher :
4. Verwandtschaftliche Beziehung zum Besuchten :
Ehepartner
Vater

Mutter

Kind

Geschwister

Sonstige (entfernte Verwandte, Freunde, Bekannte)

5. Anreiseart :

PKW

Öffentliches Verkehrsmittel

Zu Fuß

Sonstige Verkehrsmittel

6. Wohnort des Besuchers :

Anfahrweg in Kilometern :

Etwa eine Woche vor Beginn der Untersuchung wurden die Stationspfleger bzw. Stationsschwwestern sowohl von Chefarzt und Pflegedienstleiter als auch vom Verfasser über den Ablauf und Sinn der folgenden Untersuchung informiert, verbunden mit dem Hinweis, daß eine hohe Aussagekraft nur durch absolute Zuverlässigkeit im Aushändigen der Besucherkarten erreicht werden könne. Außerdem wurde das Pflegepersonal angewiesen, Aufzeichnungen über Patienten, die beurlaubt wurden, zu führen und sie dem Autor zu übergeben.

Da die Türen zu den genannten Stationen ständig verschlossen sind, muß jeder Besucher am Eingang klingeln. Auf diese Weise konnte jedem Besucher beim Einlaß in die Station vom Pflegepersonal die Karte ausgehändigt werden. Beim Verlassen der Station gaben sie die Besucher ausgefüllt zurück. Am Abend eines jeden Besuchstages wurden die Karten vom Verfasser persönlich von den einzelnen Stationen abgeholt.

In die Untersuchung wurden folgende Stationen mit einbezogen :

(Die Zahl der Patienten, die auf der entsprechenden Station beobachtet wurden, findet sich in Klammern)

H II : eine Aufnahmestation für Männer, die in einem Neubau trakt untergebracht ist (76).

G II : eine Aufnahmestation für Frauen, die sich im selben Gebäudekomplex befindet (74).

Die folgenden Stationen sind im Schloß untergebracht :

C II : eine Langzeitstation für Männer (62).

F I : eine Langzeitstation für Frauen (42).

C VII : eine Langzeitstation für Männer, zum Teil Alterskranke (60).

D VI : Weibliche Langzeitpatienten, Alterskranke (56).

Besuchstage waren der Mittwoch und der Sonntag. Besuche an anderen Wochentagen wurden jedoch zugelassen, so daß die Patienten praktisch jeden Tag Besuch empfangen konnten. Die Differenz zwischen 185 Aufnahmepatienten im Sinne unserer Definition (siehe 4.5.) und nur 150 Patienten, die auf den Aufnahmestationen beobachtet wurden, ergibt sich aus dem Umstand, daß manche Patienten zur Aufnahme direkt in eine der übrigen Stationen kamen, bzw. am Stichtag, 10.8.80, dort noch keine 12 Wochen untergebracht waren. Zur Verdeutlichung sei ein Beispiel genannt :

Ein Patient, der jahrelang in einer Langzeitstation untergebracht war und kurz nach seiner Entlassung erneut aufgenommen werden muß, durchläuft nicht unbedingt die Aufnahmestation. Trotzdem betrachten wir ihn als Aufnahmepatienten im Sinne der Definition unter 4.5. Ebenso wird ein Patient, der nach 4 Wochen auf eine Langzeitstation verlegt wird, bis zur Vollendung der 12. Woche als Aufnahmepatient betrachtet.

Folgende Daten wurden der Krankenkartei oder dem Archiv entnommen : Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Familienstand, Zahl der früheren Aufnahmen, Wohnsitz, Einweisungsdatum, Diagnose, Einweisungsverfahren bzw. rechtliche Grundlage des weiteren Aufenthalts, Beruf.

Bevor wir die Beziehungen zwischen $\overline{wKF}$ bzw. $\overline{wBF}$ und den Einzelkriterien auf Signifikanz prüfen, möchten wir noch einige interessante Zahlen statistisch-deskriptiver Natur angeben.

4. ERGEBNISSE

4.1. Patienten ohne Besuch

Von den 370 Probanden erhielten im Beobachtungszeitraum 98 keinen Besuch. Dies entspricht einem Anteil von 26,5 %. 35 Aufnahmepatienten (18,9 %) blieben unbesucht, während der Anteil bei den Langzeitpatienten mit 63 (34,1 %) wesentlich höher lag. Eine Kontaktfrequenz von 0 hatten 91 Patienten (24,6 %), davon waren 30 Aufnahmepatienten (16,2 %) und 61 Langzeitpatienten (33,0 %).

Unbesuchte Langzeitpatienten waren signifikant ($p < 0,05$) länger hospitalisiert als solche, bei denen der Kontakt nach außen noch nicht abgerissen war. Im übrigen unterschieden sich unbesuchte Patienten nicht von den anderen.

4.2. Verwandtschaftsverhältnis zwischen Besucher und Besuchtem

Wir registrierten 2491 Besucher und hielten fest, in welchem verwandtschaftlichen Verhältnis sie zu den Patienten standen.

Mit 42,35 % stellte die Kategorie "Sonstige" den größten Anteil. Auf "Kinder" entfielen 16,29 %, auf "Geschwister" 16,21 % und auf "Ehepartner" 10,71 %. 9,75 % der Besucher waren Mütter und den geringsten Anteil stellten mit 4,65 % die Väter.

4.3. Benutzte Verkehrsmittel

Jeder Besucher gab an, wie er zum Krankenhaus gelangt war. Der Großteil (87,6 %) hatte das Auto gewählt. 9,9 % benutzten öffentliche Verkehrsmittel, zu Fuß kamen 1,32 %. Sonstige Verkehrsmittel blieben mit 1,16 % ohne große Bedeutung.

Jetzt wollen wir uns dem statistisch-analytischen Teil zuwenden.

4.4. Verteilung von wBF und wKF

Vor Beginn der statistischen Auswertung überprüften wir zur Wahl der richtigen statistischen Tests die Verteilung von wBF und wKF. Die folgenden Abbildungen zeigen, daß beide Größen nicht normal-verteilt sind und die graphische Darstellung der Häufigkeitsverteilung rechtsschief ist. Die Anwendung des U-Testes wird diesem Umstand gerecht. Beim U-Test werden Meßwerte aus zwei verschiedenen Gruppen verglichen ; dabei müssen die beiden Variablen nicht einer Gauß-Verteilung folgen.

Bei den folgenden Berechnungen (4.4. bis 4.14.) bedienten wir uns ausnahmslos des U-Testes (Rechnerprogramm TUSTI) (Weber, 1972).

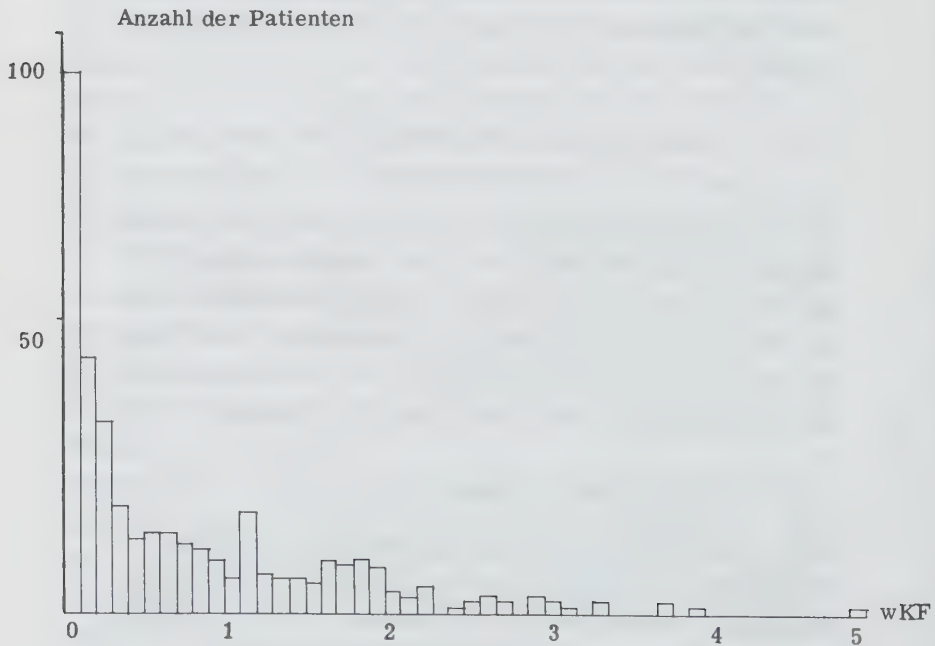


Abb. 1 : Dieser Abbildung kann man die Anzahl der Patienten entnehmen, für die sich die $wKF < 0,1$, $< 0,2$ usw. bis $< 5,0$ errechnete.

Anzahl der Patienten

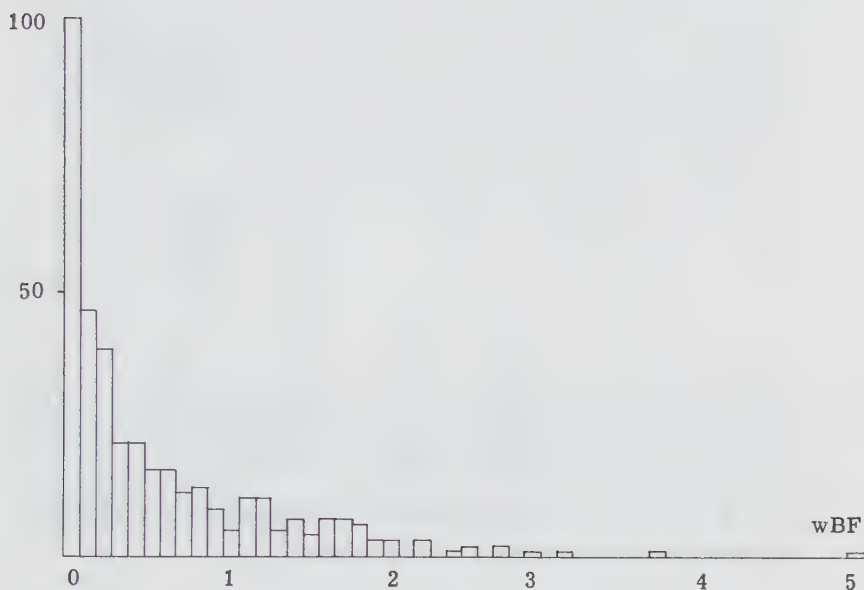


Abb. 2 : Dieser Abbildung kann man die Anzahl der Patienten entnehmen, für die sich die $wBF < 0,1$, $< 0,2$ usw. bis $< 5,0$ errechnete.

4.5. Aufteilung der Patienten in zwei Gruppen

Für Oberdalhoff (1969) erwies es sich als vorteilhaft, die Auswertung für Langzeitpatienten und Aufnahmepatienten getrennt vorzunehmen. Deshalb zogen auch wir eine für beide Gruppen getrennte Auswertung vor und bezeichneten Patienten mit einer Verweildauer von maximal 12 Wochen (Stichtag : 10. 8. 1980) als Aufnahmepatienten, länger Hospitalisierte als Langzeitpatienten.

	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
AP	185	1,09	0,93	0,80	0,78
LP	185	0,27	0,43	0,24	0,39

Tab. 2

Somit hatten Aufnahmepatienten rund einen Kontakt pro Woche, während Langzeitpatienten diesen nur einmal im Monat hatten. Die Unterschiede waren sowohl für $\overline{wKF}$ als auch $\overline{wBF}$ so signifikant ($p < 0,001$), daß es sinnvoll erschien, alle weiteren Berechnungen für beide Patientengruppen getrennt vorzunehmen.

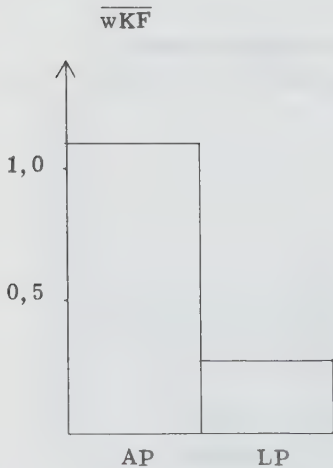


Abb. 3

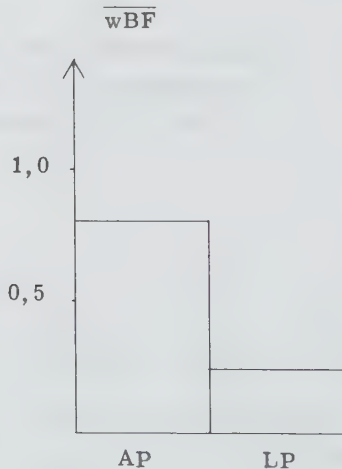


Abb. 4

4.6. Entfernung des Wohnsitzes

Zur Ermittlung der Auswirkungen der Entfernung des Patientenwohnsitzes vom Bezirkskrankenhaus auf $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ teilten wir die Patienten in vier Kategorien ein. Patienten, deren Wohnsitz 0 - 20 km entfernt war, zählten zur Gruppe I, solche, deren Wohnsitz 21 - 50 km entfernt war, zur Gruppe II. Eine Entfernung des Wohnsitzes von 51 - 100 km bedingte Zugehörigkeit zu Gruppe III, eine darüber hinausgehende zu Gruppe VI. Wohnsitzlose wurden gesondert betrachtet. Die Werte für Aufnahmepatienten zeigt folgende Tabelle :

AP	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
I	52	1,24	1,06	0,97	0,91
II	98	1,08	0,88	0,77	0,71
III	29	0,90	0,71	0,58	0,54
IV	5	1,19	1,55	1,08	1,33
Wohnsitzlose	1	0,00	-	0,00	-

Tab. 3

Der Unterschied in der wöchentlichen Besuchsfrequenz zwischen Patienten aus Gruppe I und III war signifikant ($p < 0,05$).

LP	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
I	53	0,34	0,46	0,31	0,43
II	101	0,25	0,42	0,22	0,40
III	24	0,24	0,48	0,18	0,33
IV	2	0,00	-	0,00	-
Wohnsitzlose	5	0,17	0,37	0,17	0,37

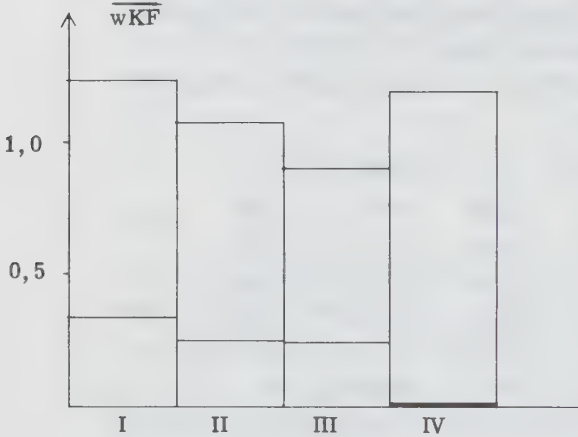
Tab. 4

In Tabelle 4 läßt sich eine Abnahme von $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ bei Langzeitpatienten mit zunehmender Entfernung erkennen, ohne daß die Unter-

schiede Signifikanz erreichten.

Die Wohnsitzlosen hatten im Vergleich mit den übrigen Gruppen (außer Gruppe IV, die zu wenig Probanden enthielt) die niedrigste $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ (p jeweils $< 0,05$).

Graphische Darstellung der Beziehung zwischen Entfernung des Patientenwohnsitzes vom BKH und $\overline{wKF}$ / $\overline{wBF}$



Gruppe I :

0 - 20 km Entfernung

Gruppe II :

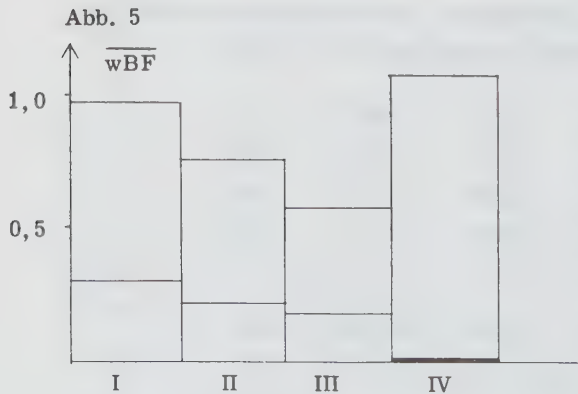
21 - 50 km Entfernung

Gruppe III :

51 - 100 km Entfernung

Gruppe IV :

über 100 km Entfernung



In Abb. 5 und 6 und in den folgenden Graphiken gilt die obere Begrenzungslinie für Aufnahmepatienten, die untere für Langzeitpatienten.

Abb. 6

4.7. Zahl der Einweisungen

Die Ergebnisse von Hartmann (1969), wonach bei 33,6 % der Patienten die erste Klinikaufnahme und bei 37,7 % die zweite Aufnahme zur Dauerhospitalisierung führte (N gesamt = 1373), ließen uns die Hypothese aufstellen, daß eine hohe Zahl von Einweisungen sich positiv auf $\overline{wBF}$ und $\overline{wKF}$ auswirkt. Die Patienten haben die Gelegenheit, zwischen den Klinikaufenthalten in häuslicher Umgebung soziale Beziehungen aufrecht zu erhalten.

Die Auswertung der folgenden Tabellen bestätigte unsere Annahme jedoch nicht.

AP mit	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
1. Aufnahme	113	1,02	0,86	0,78	0,72
2. "	30	1,32	1,18	1,07	1,04
3. "	8	1,59	1,00	0,90	0,49
4. "	6	1,40	1,38	1,11	1,05
5. "	7	0,80	0,57	0,44	0,37
6. "	4	1,29	0,71	0,78	0,51
7. "	6	1,43	0,58	0,58	0,63
8. "	4	0,91	1,38	0,50	0,99
9. "	3	0,62	0,47	0,43	0,54
10. "	2	0,53	0,75	0,21	0,30
11. "	1	0,00	-	0,00	-
12. "	1	0,00	-	0,00	-

Tab. 5

LP mit	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
1. Aufnahme	102	0,30	0,48	0,27	0,44
2. "	44	0,27	0,46	0,23	0,41
3. "	11	0,11	0,15	0,11	0,15
4. "	15	0,14	0,17	0,14	0,17
5. "	8	0,28	0,42	0,14	0,22
6. "	3	0,31	0,39	0,19	0,19
7. "	0	-	-	-	-
8. "	0	-	-	-	-
9. "	1	0,50	-	0,50	-
10. "	1	0,08	-	0,08	-
11. "	0	-	-	-	-
12. "	0	-	-	-	-

Tab. 6

Wenn sich auch die einzelnen Werte für $\overline{wBF}$ und $\overline{wKF}$ bei AP und LP teilweise um ein Vielfaches unterscheiden, bleiben diese Differenzen jedoch insignifikant. Die Ursache liegt in der unterschiedlich starken Besetzung der Vergleichsgruppen. So wird z. B. die Kontaktfrequenz von 113 Aufnahmepatienten mit nur einer Aufnahme mit der Kontaktfrequenz von zwei Aufnahmepatienten mit bereits zehn Aufnahmen verglichen. Hier versagt das Testverfahren.

Graphische Darstellung der Beziehung zwischen Zahl früherer Einweisungen und $\overline{wKF}$ bzw. $\overline{wBF}$.

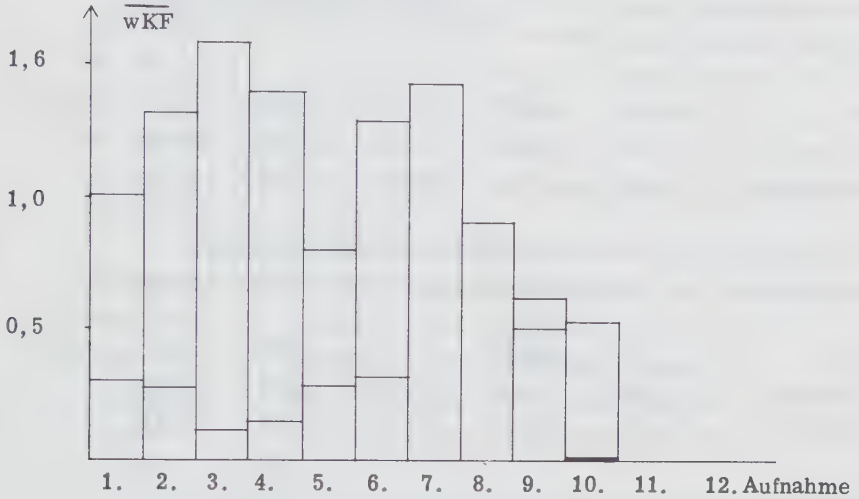


Abb. 7

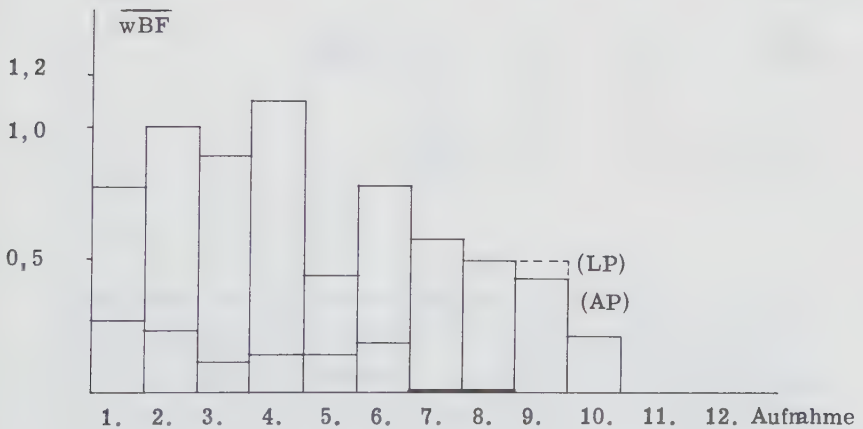


Abb. 8

In Spalte 9 gilt die obere Begrenzungslinie für Langzeitpatienten, die untere für Aufnahmepatienten.

4.8. Geschlecht

Das Geschlecht wirkte sich bei Aufnahmepatienten nicht signifikant auf $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ aus.

AP	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S	Tab. 7
männlich	89	1,10	1,08	0,79	0,85	
weiblich	96	1,09	0,78	0,81	0,71	

Im Gegensatz dazu steht das Ergebnis bei Langzeitpatienten :
Frauen haben eine signifikant höhere ($p < 0,05$) $\overline{wKF}$ als Männer.

LP	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S	Tab. 8
männlich	109	0,23	0,40	0,20	0,35	
weiblich	76	0,33	0,48	0,28	0,45	

Graphische Darstellung der Beziehung zwischen Geschlecht und $\overline{wKF}/\overline{wBF}$

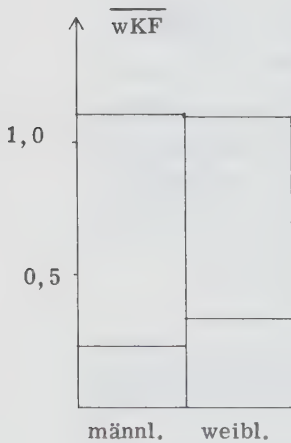


Abb. 9

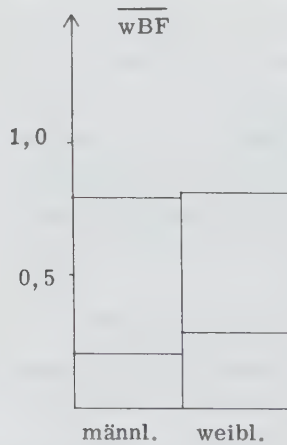


Abb. 10

4.9. Hospitalisierungsdauer

Um die Auswirkungen der Hospitalisierungsdauer auf unsere sozialen Parametern zu ermitteln, teilten wir die Langzeitpatienten, der Dauer ihres Krankenhausaufenthaltes gemäß, in fünf Gruppen ein. Die Zeitintervalle waren die gleichen wie die von Mruck (1972) gewählt, der sich an den Vorschlag des Landschaftsverbandes Westfalen/Lippe gehalten hatte.

Gruppe I :	3 bis 12 Monate hospitalisiert
Gruppe II :	12 bis 24 Monate hospitalisiert
Gruppe III :	mehr als 2 bis 5 Jahre hospitalisiert
Gruppe IV :	mehr als 5 bis 10 Jahre hospitalisiert
Gruppe V :	mehr als 10 Jahre hospitalisiert

LP	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
I	49	0,47	0,60	0,36	0,53
II	22	0,18	0,21	0,18	0,21
III	33	0,35	0,53	0,35	0,53
IV	20	0,08	0,12	0,07	0,10
V	61	0,15	0,22	0,14	0,21

Tab. 9

Die wöchentliche Kontaktfrequenz von Patienten mit kurzer Hospitalisierungsdauer (3 - 12 Monate) ist größer als die von Patienten, die mehr als 5 bis 10 Jahre bzw. über 10 Jahre hospitalisiert sind ($p < 0,01$). Für die wBF gilt Entsprechendes : $p < 0,01$ (gegenüber Patienten aus Gruppe IV) und $p < 0,05$ (gegenüber Patienten aus Gruppe V).

Graphische Darstellung der Beziehung zwischen der Hospitalisierungsdauer von Langzeitpatienten und $\overline{wKF}$ bzw. $\overline{wBF}$

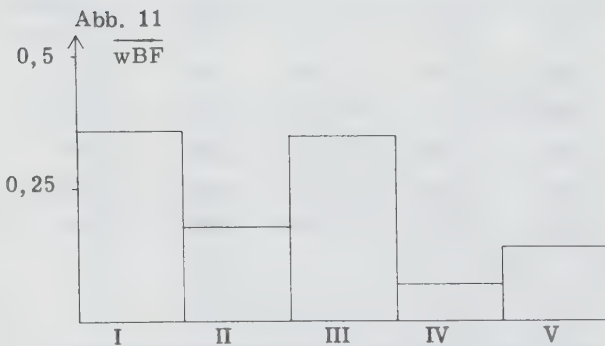
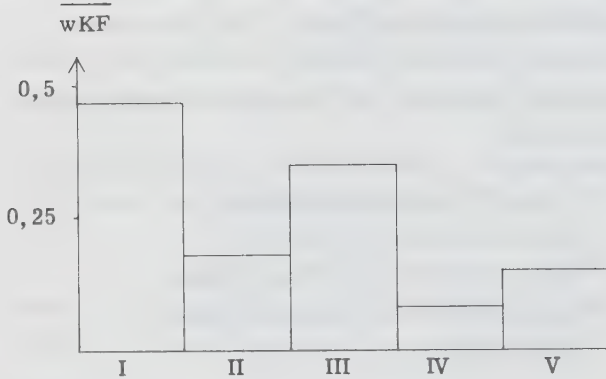


Abb. 12

- | | |
|--------------|--|
| Gruppe I : | 3 bis 12 Monate hospitalisiert |
| Gruppe II : | mehr als 12 bis 24 Monate hospitalisiert |
| Gruppe III : | mehr als 2 bis 5 Jahre hospitalisiert |
| Gruppe IV : | mehr als 5 bis 10 Jahre hospitalisiert |
| Gruppe V : | mehr als 10 Jahre hospitalisiert |

4.10. Sozialer Status

Bei der Einteilung der Patienten in Schichten verwendeten wir das Modell von Moore und Kleining (1968).

Die Probanden erhalten dabei eine Tafel, in der verschiedene Berufe zu Gruppen zusammengefaßt sind. Sie sollen nun ihren Beruf auf der Tafel aufsuchen oder, falls dieser nicht aufgeführt wird, einen Beruf, welcher ihrem hinsichtlich sozialem Ansehen und erforderlichen Fähigkeiten am nächsten kommt. Der Auswerter kann auf Grund dieser Angaben mit Hilfe eines Schlüssels eine Schichtzuteilung vornehmen. Ausgangspunkt dieses Instruments der Sozialen Selbsteinstufung (SSE) bleibt die Zuweisung durch den Probanden selbst. Aus Gründen der praktischen Durchführbarkeit teilten wir die Patienten ihrem Beruf entsprechend direkt zu (Fremdeinstufung) (vgl. Dilling, Weyerer, 1978).

Die Fragwürdigkeit mancher Teile dieses Instrumentariums wollen wir nicht verschweigen : So sollen sich Frauen, falls sie verheiratet oder verwitwet sind, nach dem Beruf ihres Mannes, falls sie ledig oder geschieden sind, nach dem Beruf ihres Vaters einstufen.

Trotz dieser partiellen Unzulänglichkeiten wendeten wir die Methode von Moore und Kleining an, da sie gut praktikabel ist. Dabei kamen wir zu einem Aufbau aus fünf Schichten :

Oberschicht, obere Mittelschicht :	Schicht I
mittlere Mittelschicht :	Schicht II
untere Mittelschicht :	Schicht III
obere Unterschicht :	Schicht IV
untere Unterschicht :	Schicht V

Zur Veranschaulichung sei ein typischer Vertreter jeder Schicht genannt : Generalkonsul (I), Fachschullehrer (II), Malermeister (III), Elektrikergeselle (IV) und Müllabfuhrarbeiter (V).

Die starke Abweichung zwischen dem Schichtaufbau in der BRD und den Populationen psychiatrischer Krankenhäuser zeigt folgende Tabelle :

Verteilung auf die fünf Schichten :

	BKH Werneck ges. (1980)	AP	LP	BKH Gabersee (Dilling, Weyerer, 1978)	BRD (1977) (Statist. Bundes- amt)
	n = 357	n = 185	n = 172	n = 1033	
I	0	0	0	5,3	5
II	0,8	0,5	1,1		9
III	12,0	16,0	8,2	23,9	40
IV	35,3	32,8	35,7	35,1	30
V	51,8	48,8	54,9	35,6	17

Tab. 10

Am BKH Werneck war bei 13 Patienten eine Zuteilung nicht möglich, so daß die klassifizierbaren Patienten gleich 100 gesetzt wurden. Bei diesen 13 Patienten handelte es sich ausschließlich um Langzeitpatienten, bei denen sich in den Krankenblättern keine Angaben über den Beruf des Vaters fanden und die bei Einweisung noch keine abgeschlossene Berufsausbildung nachweisen konnten. Von den Patienten eingeholte Informationen waren wegen wechselnder Angaben nicht sicher zu beurteilen. Bei den Zahlenangaben handelt es sich um Prozentwerte.

Die Beziehungen zwischen Schichtzugehörigkeit und $\overline{wBF}$ und $\overline{wKF}$ kann man folgenden Tabellen entnehmen :

AP	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
I	0	-	-	-	-
II	1	1,00	0,00	1,00	0,00
III	28	1,22	0,77	0,82	0,75
IV	61	1,21	0,99	0,76	0,72
V	85	1,01	0,97	0,84	0,85

Tab. 11

Die Unterschiede der $\overline{wKF}$ waren in keinem Vergleichspaar signifikant. Gleiches gilt für die $\overline{wBF}$.

LP	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
I	0	-	-	-	-
II	2	0,67	0,82	0,67	0,82
III	15	0,40	0,56	0,38	0,50
IV	65	0,27	0,49	0,23	0,44
V	100	0,24	0,37	0,21	0,34

Tab. 12

Obwohl sich ein deutlicher Abfall von Schicht II zu Schicht V erkennen läßt, bleibt dieser insignifikant.

Graphische Darstellung der Beziehung zwischen Schichtzugehörigkeit und $\overline{wKF} / \overline{wBF}$:

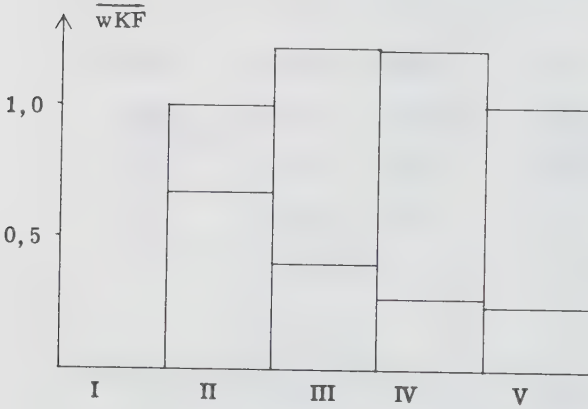


Abb. 13

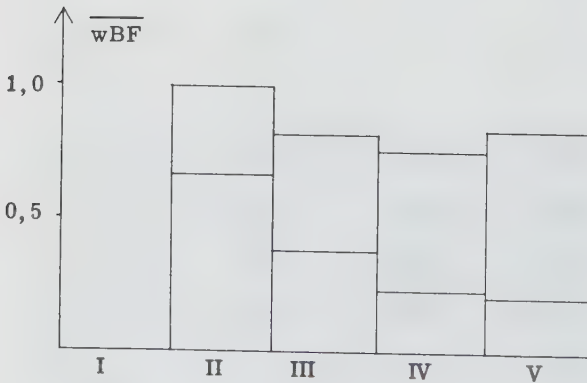


Abb. 14

Oberschicht, obere Mittelschicht :	Schicht I
mittlere Mittelschicht :	Schicht II
untere Mittelschicht :	Schicht III
obere Unterschicht :	Schicht IV
untere Unterschicht :	Schicht V

4.11. Diagnose

Verwendet wurde ein stark vereinfachtes Diagnoseschema, da eine detailliertere Spezifizierung aufgrund zu geringer Fallzahlen keine relevanten Aussagen mehr zuließe. Einschränkend muß angefügt werden, daß, bedingt durch diese Vereinfachung, ein anderer Untersucher möglicherweise einer anderen Zuordnung den Vorzug gegeben hätte.

Wir faßten die Patienten in folgenden Diagnosegruppen zusammen (in Übereinstimmung mit der Internationalen Klassifikation der Psychiatrischen Krankheiten (ICD 1979, Schulte u. Tölle, 1979)).

1. Schizophrenie (ICD-Nr. 295)
2. Manisch-Depressive Erkrankung (ICD-Nr. 296)
3. Alkoholismus und Folgekrankheiten (ICD-Nrn. 291, 303, 304, 305)
4. Alterskrankheiten (ICD-Nr. 290)
5. Neurologische Grundleiden
6. Schwachsinn (ICD-Nrn. 317, 318, 319)
7. Sonstige (ICD-Nrn. 297, 298, 301)

Aufnahmepatienten	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
Schizophrenie	21	1,22	1,08	0,68	0,74
Man. -Depr. Erkr.	50	1,28	0,91	0,73	0,72
Alkoholismus	43	0,92	1,10	0,82	1,00
Alterskrankheiten	34	0,95	0,61	0,94	0,61
Neurol. Grundleiden	10	0,88	1,14	0,74	0,77
Schwachsinn	8	0,93	1,08	0,57	0,61
Sonstige	19	1,30	0,73	0,95	0,73

Tab. 13

Alkoholranke hatten eine signifikant niedrigere $\overline{wKF}$ als Manisch-Depressive ($p < 0,05$).

Langzeitpatienten	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
Schizophrenie	71	0,18	0,29	0,15	0,26
Man. -Depr. Erkrank.	15	0,42	0,51	0,30	0,35
Alkoholismus	30	0,22	0,41	0,22	0,41
Alterskrankheiten	23	0,54	0,75	0,54	0,75
Neur. Grundleiden	19	0,30	0,31	0,26	0,26
Schwachsinn	16	0,09	0,11	0,09	0,11
Sonstige	11	0,39	0,51	0,28	0,19

Tab. 14

Schizophrene wiesen die signifikant niedrigsten Werte für $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ auf. Das gleiche galt für Schwachsinnige. Gegenüber Alkoholikern jedoch war der Unterschied bei beiden Gruppen nicht mehr signifikant.

Die unterschiedliche Häufigkeit der Diagnosen bei Aufnahme- und Langzeitpatienten geht aus den folgenden Abbildungen hervor :

Aufnahmepatienten

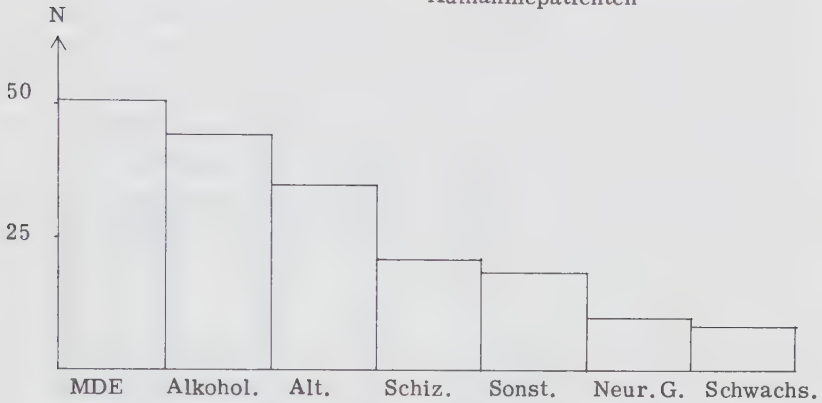


Abb. 15

Langzeitpatienten

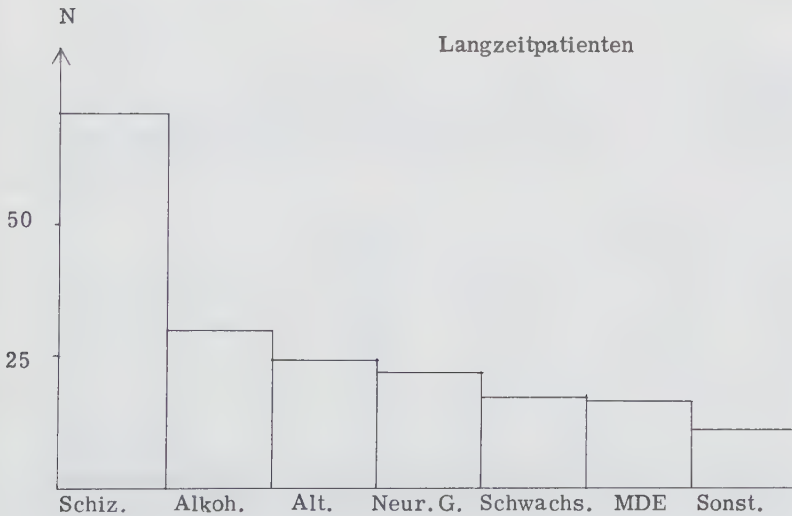


Abb. 16

Schiz.: Schizophrenie; MDE : Manisch-Depressive Erkrankung ;
Alkohol.: Alkoholismus ; Alt.: Alterskrankheiten ; Neur.G.: Neurologische Grundleiden ; Schwachs.: Schwachsinn ; Sonst.: Sonstige.

Graphische Darstellung der Beziehung zwischen Diagnose und $\overline{wKF}/\overline{wBF}$

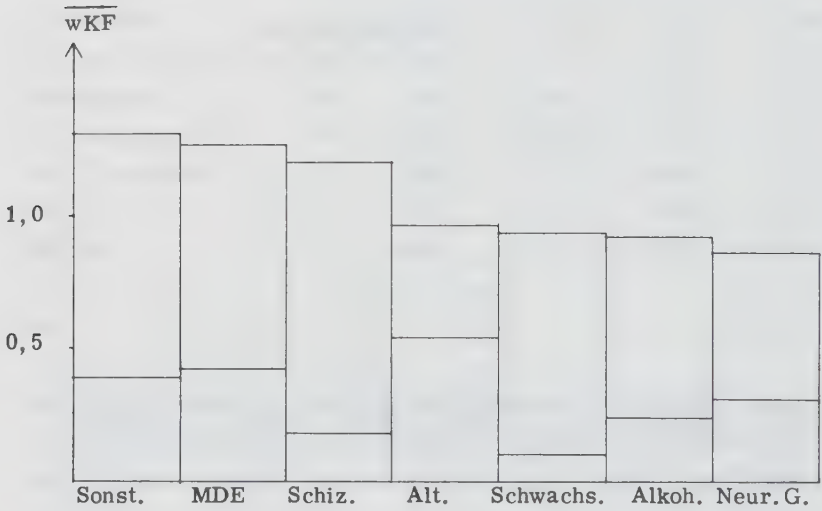


Abb. 17

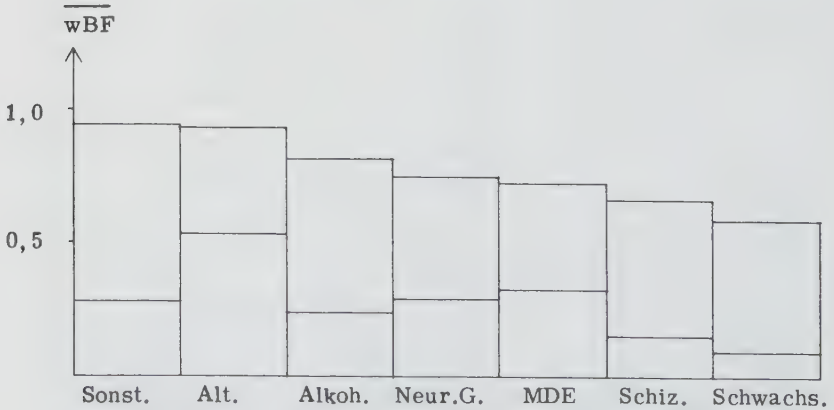


Abb. 18

4.12. Alter

Um die Auswirkungen des Alters auf $\overline{wBF}$ und $\overline{wKF}$ zu ermitteln, nahmen wir eine Aufteilung in drei Altersgruppen vor. Dazu entschlossen wir uns, da eine weitere Untergliederung durch zu geringe Besetzung der einzelnen Gruppen die statistische Auswertung erschweren würde. Die Grenzen wählten wir unter dem Aspekt, daß Gruppe I das jugendliche Alter, Gruppe II die mittleren Jahrgänge und Gruppe III die Senioren repräsentieren sollte. Bis zu 30jährigen zählten zur Gruppe I, 31-60jährige zu Gruppe II und 61-90jährige zu Gruppe III.

AP	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
I	40	1,42	1,20	1,01	0,94
II	94	1,10	0,90	0,73	0,77
III	51	0,82	0,64	0,76	0,63

Tab. 15

Patienten unter 30 Jahren erreichen eine signifikant höhere wöchentliche Kontaktfrequenz ($p < 0,05$) als Patienten im Alter von 61-90 Jahren.

LP	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
I	14	0,56	0,66	0,45	0,48
II	115	0,19	0,29	0,17	0,26
III	55	0,36	0,56	0,33	0,54

Tab. 16

Patienten unter 30 Jahren haben eine signifikant höhere wöchentliche Kontaktfrequenz und wöchentliche Besuchsfrequenz ($p < 0,05$) als Patienten im Alter von 31-60 Jahren. Beachtenswert erscheint bei Langzeitpatienten der Anstieg obiger Werte von Gruppe II zu Gruppe III, auch wenn er keine Signifikanz erreicht.

Graphische Darstellung der Beziehung zwischen Alter und $\overline{wKF}/\overline{wBF}$

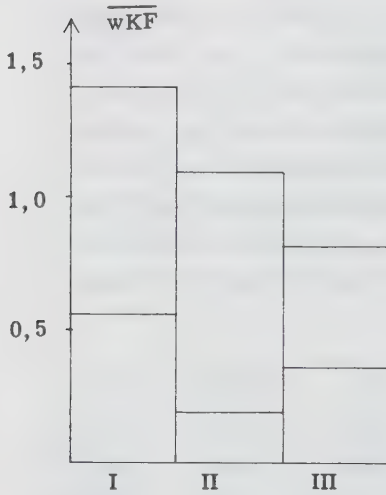


Abb. 19

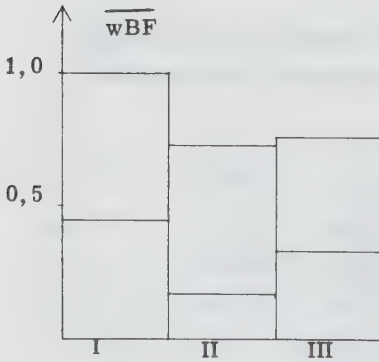


Abb. 20

Gruppe I : bis 30 Jahre alt

Gruppe II : 31 bis 60 Jahre alt

Gruppe III : 61 bis 90 Jahre alt

4.13. Einweisungsverfahren

Es gibt vier Möglichkeiten, am Bezirkskrankenhaus in Behandlung zu kommen : durch freiwillige Aufnahme, durch ärztliche Einweisung, durch polizeiliche Einweisung oder durch Errichtung einer Pflegschaft bzw. vormundschaftsgerichtliche Unterbringung.

AP	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
freiwillig	14	0,88	0,92	0,49	0,50
ärztl. Einweisung	130	1,26	0,95	0,94	0,82
polizeil. "	18	0,61	0,87	0,41	0,64
Pflegschaft, vormund- schaftsgerichtliche Unterbringung	23	0,65	0,59	0,47	0,48

Tab. 17

Die höchste $\overline{wKF}$ haben die Patienten, die durch einen Arzt eingewiesen wurden (Signifikanzniveau gegenüber polizeilich Eingewiesenen : $p < 0,01$; gegenüber Patienten, die unter einer Pflegschaft stehen bzw. vormundschaftsgerichtlich untergebracht sind : $p < 0,01$). Gegenüber "Freiwilligen" besteht kein signifikanter Unterschied.

Für die $\overline{wBF}$ gilt das gleiche ; im Vergleich mit freiwillig zur Aufnahme Gekommenen weisen Patienten mit ärztlicher Einweisung eine höhere $\overline{wBF}$ auf ($p < 0,05$).

LP	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
freiwillig	2	0,45	0,64	0,07	0,09
ärztl. Einweisung	20	0,69	0,73	0,54	0,64
polizeil. "	13	0,35	0,62	0,35	0,62
Pflegschaft, vormund- schaftsgerichtliche Unterbringung	150	0,20	0,32	0,19	0,30

Tab. 18

Patienten, die durch einen Arzt eingewiesen wurden, haben eine signifikant ($p < 0,01$) höhere $\overline{wKF}$ als Patienten, die unter einer Pflegschaft stehen bzw. vormundschaftsgerichtlich untergebracht sind. Für die $\overline{wBF}$ liegt für den gleichen Sachverhalt das Signifikanzniveau bei $p < 0,05$.

Graphische Darstellung der Beziehung zwischen Einweisungsverfahren und $\overline{wKF}$ / $\overline{wBF}$

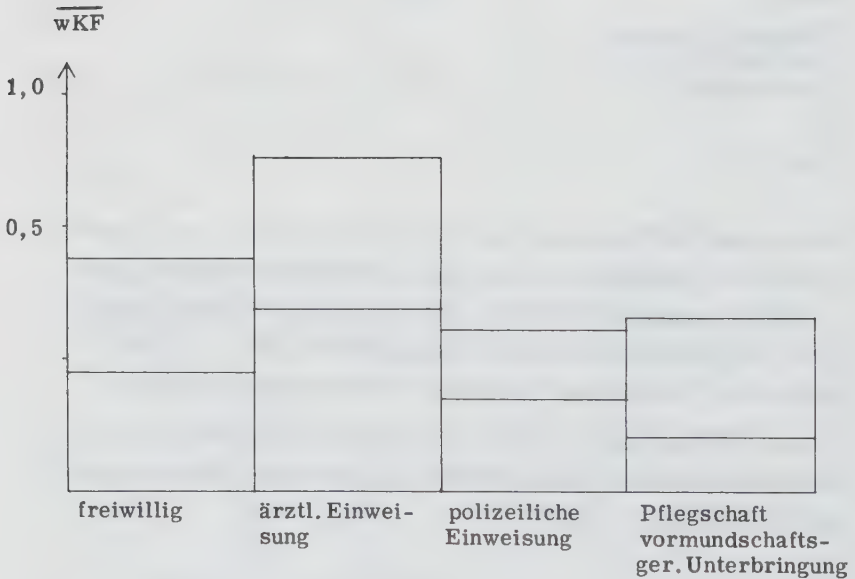


Abb. 21

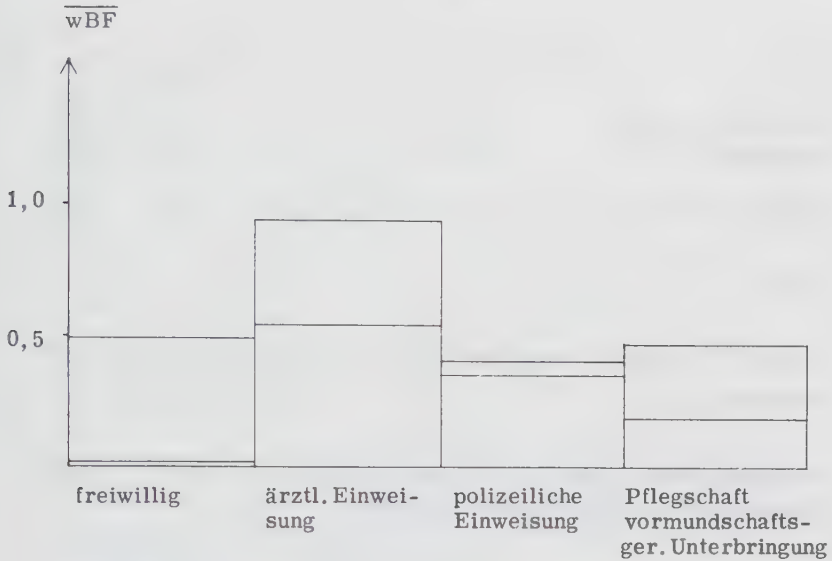


Abb. 22

Es erscheint sinnvoll, die Gruppen der freiwillig zur Aufnahme gekommenen bzw. ärztlich Eingewiesenen zusammenzufassen (auf beide wird kein Zwang ausgeübt) und sie den Zwangseingewiesenen gegenüber zu stellen. Bei Erstgenannten kann man von einer größeren Krankheitseinsicht und friedfertigerem Verhalten als bei Zwangseingewiesenen ausgehen. Ob diese beiden Faktoren auch Eingang in die Häufigkeit der Außenweltkontakte finden, sollen folgende Tabellen zeigen.

AP	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
Freiwillig und ärztl. Eingewiesene	144	1,23	0,95	0,90	0,80
Zwangseingewiesene	41	0,63	0,72	0,45	0,55

Tab. 19

Für beide Parameter sind die Unterschiede hochsignifikant ($p < 0,001$).

LP	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
Freiwillig und ärztl. Eingewiesene	22	0,67	0,71	0,50	0,62
Zwangseingewiesene	163	0,21	0,35	0,20	0,34

Tab. 20

Für die $\overline{wKF}$ ist der Unterschied mit $p < 0,01$, für $\overline{wBF}$ mit $p < 0,05$ signifikant.

Graphische Darstellung der Beziehung von $\overline{wBF}$ und $\overline{wKF}$ bei Zwangseingewiesenen und den übrigen Patienten.

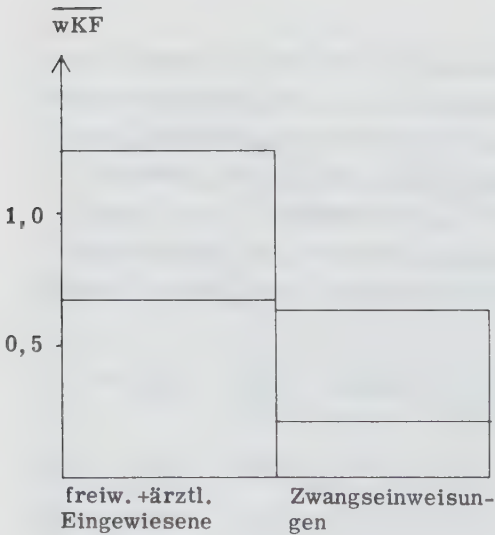


Abb. 23

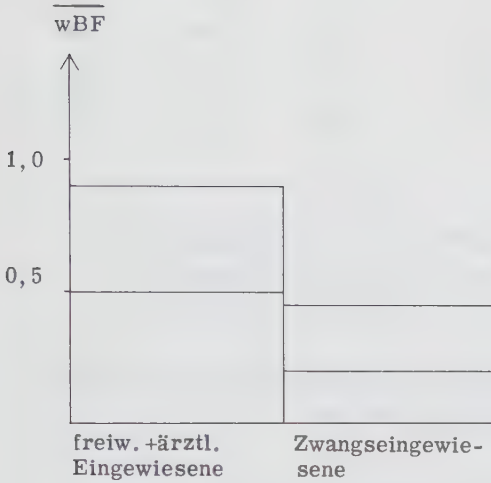


Abb. 24

4.14. Familienstand

Die Auswirkungen des Familienstandes auf $\overline{wBF}$ und $\overline{wKF}$ zeigen folgende Aufstellungen :

AP	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
ledig	63	1,05	0,96	0,68	0,64
verheiratet	63	1,47	1,02	1,08	0,97
geschieden	21	0,72	0,63	0,52	0,51
verwitwet	38	0,76	0,63	0,68	0,61

Tab. 21

Verheiratete haben eine signifikant höhere ($p < 0,05$) $\overline{wKF}$ als die übrigen Gruppen. Das gleiche gilt für die $\overline{wBF}$.

LP	N	$\overline{wKF}$	S	$\overline{wBF}$	S
ledig	113	0,21	0,34	0,19	0,28
verheiratet	24	0,41	0,59	0,35	0,57
geschieden	19	0,34	0,50	0,25	0,45
verwitwet	29	0,32	0,54	0,31	0,53

Tab. 22

Verheiratete hatten eine höhere $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ als Ledige ($p < 0,05$).
Die Unterschiede zu den übrigen Gruppen waren insignifikant.

Die Verteilung der Familienstände im Bezirkskrankenhaus weicht stark von den Verhältnissen in der Bundesrepublik ab :

Prozentuale Verteilung auf die Familienstände :

	AP	LP	BRD (1977) (Statistisches Bundesamt)	über 20jährige in der BRD
ledig	34,1	61,1	39,2	16,1
verheiratet	34,1	13,0	49,3	72,3
verwitwet	31,8	25,9	11,4	11,6
geschieden				

Tab. 23

Da 97,6 % unserer Patienten älter als 20 Jahre waren, ist der Vergleich mit der entsprechenden Gruppe in der BRD aufschlußreicher.

Graphische Darstellung der Beziehung zwischen Familienstand und $\overline{wKF} / \overline{wBF}$

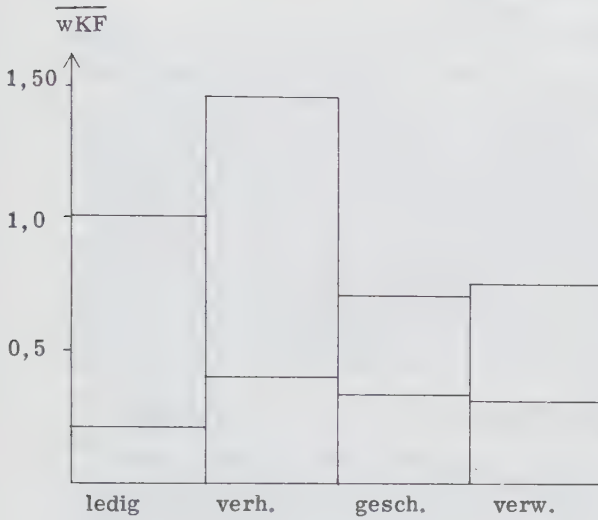


Abb. 25

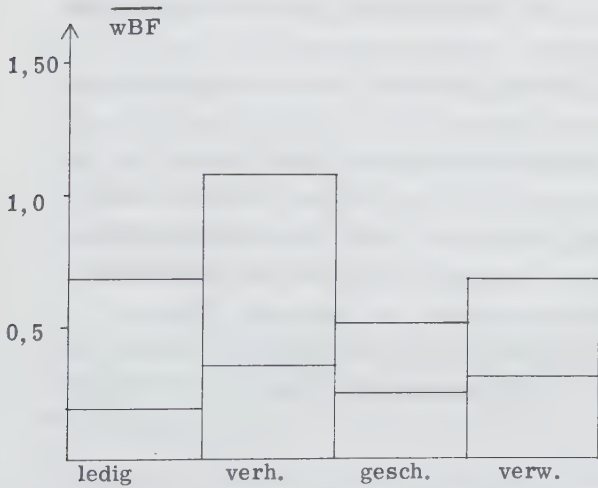


Abb. 26

4.15. Multiple Regressionsanalyse und Prüfung auf Rangkorrelation

Bei den vorausgegangenen Berechnungen bestimmten wir jeweils getrennt für je eins der zehn verschiedenen Einteilungskriterien die $\overline{wKF}$ - und die $\overline{wBF}$ -Unterschiede. Eventuelle Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Faktoren blieben dabei außer acht: Betrachtet man z.B. die Auswirkung der Hospitalisierungsdauer auf die $\overline{wKF}$ und die $\overline{wBF}$, so findet man in der Gruppe der Langzeitpatienten gleichzeitig den Großteil der entmündigten Patienten. Eine klare Aussage darüber, ob nun die lange Hospitalisierungsdauer oder das Einweisungsverfahren die $\overline{wKF}$ und die $\overline{wBF}$ maßgeblich beeinflussen, wird unmöglich.

Der Zusammenhang aller Kriterien untereinander und mit $\overline{wKF}$ bzw. $\overline{wBF}$ kann durch eine multiple Regression (Draper, Smith 1980) beschrieben werden. Mit Hilfe der multiplen Regressionsanalyse (Programm MUREG) gewonnene Aussagen müssen nicht mehr durch Einschränkungen wie "Die $\overline{wKF}$ von Gruppe A ist höher als die von Gruppe B, aber Probanden aus Gruppe B sind älter und haben mehr Einweisungen" relativiert werden.

Durch das Programm MUREG wird eine Gleichung aufgestellt, wobei auf einer Seite eine Schätzung für die wKF (wBF) steht und auf der anderen Seite die möglicherweise relevanten Kriterien wie Entfernung des Patientenwohnsitzes vom Bezirkskrankenhaus, Zahl früherer Einweisungen, Geschlecht, Alter, Hospitalisierungsdauer, Sozialstatus, Diagnose, Einweisungsverfahren und Familienstand. Dabei müssen qualitative Merkmale wie Geschlecht, Diagnose, Familienstand und Einweisungsverfahren quantifiziert werden. Bei Merkmalen mit zwei Ausprägungen ist dies durch Einführung von Kennziffern möglich (z.B. männlich = 1, weiblich = 2, alleinstehend = 1, verheiratet = 2).

In der Praxis hat diese Gleichung folgendes Aussehen :

Geschätzte wKF (wBF) = a x (Entfernung des Patientenwohnsitzes)
+ b x (Familienstand)
+ c x (Geschlecht)
usw.

a, b, c sind durch den Computer errechnete Konstanten. In Abhängigkeit vom Vorzeichen der Konstanten (+ oder -) wird eine positive oder negative Korrelation zum Ausdruck gebracht. Für jedes Glied der Gleichung, das auf der rechten Seite steht wird ein p-Wert ermittelt, der, sofern er $< 0,05$ liegt, eine signifikante Beeinflussung der linken Seite der Gleichung (in unserem Falle der wKF bzw. wBF) durch das entsprechende Glied erkennen läßt. Die Aufnahme von Merkmalen, für die $p \geq 0,05$ ist, in die rechte Seite der Gleichung bringt keinen zusätzlichen Informationswert und ist damit unnötig.

Wir ermittelten für die wKF bei Aufnahmepatienten folgende p-Werte (in Klammern die Werte der angesprochenen Konstanten mit zugehörigem Vorzeichen) :

Familienstand "verheiratet" (+ 0,500) :	p = 0,00042
Zwangseinweisung (- 0,539) :	p = 0,00079
Alter (- 0,014) :	p = 0,00014
Diagnose "alkoholkrank" (- 0,371) :	p = 0,01232

bei Langzeitpatienten

Zwangseinweisung (- 0,402) :	p = 0,00011
Diagnose "alterskrank" (+ 0,223) :	p = 0,01160

Dies besagt, daß die wKF bei Aufnahmepatienten zunimmt, sofern sie verheiratet sind, und mit dem Umstand einer Zwangseinweisung, zunehmendem Alter und der Diagnose "alkoholkrank" abnimmt.

Bei Langzeitpatienten ergibt sich eine höhere wKF mit der Diagnose

"alterskrank", eine niedrigere, falls eine Zwangseinweisung vorliegt.

Bei Aufnahmepatienten fanden wir für die wBF folgende p-Werte :

Familienstand "verheiratet" (+ 0,340) :	p = 0,00097
Zwangseinweisung (- 0,407) :	p = 0,00244
Schicht V (+ 0,228) :	p = 0,04176
Hospitalisierungsdauer (- 0,034) :	p = 0,03374
Alter (- 0,010) :	p = 0,00078
Diagnose "alterskrank" (+ 0,430) :	p = 0,00307

bei Langzeitpatienten :

Diagnose "alterskrank" (+ 0,297) :	p = 0,00076
Zwangseinweisung (- 0,234) :	p = 0,00640

Das bedeutet, daß die wBF bei Aufnahmepatienten mit dem Familienstand "verheiratet", der Diagnose "alterskrank" und Zugehörigkeit zu Schicht V höhere Werte, mit zunehmendem Alter, längerer Hospitalisierungsdauer und dem Umstand einer Zwangseinweisung niedrigere Werte annimmt.

Bei Langzeitpatienten führt die Diagnose "alterskrank" zu einer hohen, eine Zwangseinweisung zu einer niedrigen wBF.

Für die Merkmale "Entfernung des Patientenwohnsitzes", "Geschlecht" und "Zahl der Einweisungen" waren die p-Werte sämtlich $> 0,05$. Sie beeinflussen die wKF und die wBF somit nicht signifikant.

Durch MUREG hatten wir die Merkmale ermittelt, die auf unsere Meßgrößen ($\overline{wKF}$ bzw. $\overline{wBF}$) signifikant einwirkten. Die multiple Regression setzt jedoch Normal-Verteiltheit der Variablen voraus, die hier nicht angenommen werden kann. Daher wollen wir feststellen, wie weit der tatsächliche Wert der wKF (wBF) bei einem Pa-

tienten, bei dem alle Merkmale der rechten Seite der Gleichung bekannt sind, mit dem Schätzwert übereinstimmt, der sich bei Einsetzen dieser (bekannten) Merkmale in die durch MUREG aufgestellte Gleichung ergibt. Eine Aussage darüber ermöglicht der Korrelationskoeffizient Kendall 's τ , zu dem wir greifen, da unsere Werte nicht streng normal-verteilt sind (Lienert, 1973 u. 1978). Mit Hilfe des Rechnerprogramms KORANG bestimmten wir für jeden τ -Wert einen p-Wert, der ausdrückt, ob die Übereinstimmung beider Variablen (tatsächlicher Wert der wKF (wBF) auf der einen Seite, errechneter Wert der wKF (wBF) auf der anderen Seite) Signifikanz erreicht.

Mit Hilfe des Programms MUREG hatten wir vier Gleichungen aufgestellt (wKF bei Aufnahme- und Langzeitpatienten, wBF bei Aufnahme- und Langzeitpatienten).

Wir fanden folgende τ -Werte und $p(\tau)$ -Werte :

Für die wKF bei Aufnahmepatienten und den Zusammenhang mit Familienstand "verheiratet", Zwangseinweisung, Alter und Diagnose "alkoholkrank" :

$$\begin{aligned}\tau &= 0,3293 \\ p(\tau) &< 0,001\end{aligned}$$

Für Langzeitpatienten und den Zusammenhang mit Zwangseinweisung und der Diagnose "alterskrank" :

$$\begin{aligned}\tau &= 0,1826 \\ p(\tau) &< 0,001\end{aligned}$$

Das bedeutet, daß der tatsächliche Wert der wKF und der anhand der genannten Merkmale errechnete Wert hochsignifikant übereinstimmen.

Für die wBF und den Zusammenhang mit dem Familienstand "verheiratet", Zwangseinweisung, Zugehörigkeit zu Schicht V, Hospi-

talisierungsdauer, Alter und Diagnose "alterskrank" fanden wir bei Aufnahmepatienten :

$$\begin{aligned}\chi &= 0,2753 \\ p(\chi) &< 0,001\end{aligned}$$

Für Langzeitpatienten und den Zusammenhang mit der Diagnose "alterskrank" und einer Zwangseinweisung :

$$\begin{aligned}\chi &= 0,1529 \\ p(\chi) &< 0,01\end{aligned}$$

Damit ist bei Aufnahmepatienten der Zusammenhang hochsignifikant, bei Langzeitpatienten liegt er eine Signifikanzstufe niedriger. Die Wertigkeit der gewonnenen Ergebnisse wollen wir nun diskutieren.

5. DISKUSSION

Die Anordnung der folgenden Punkte haben wir so gewählt, daß wir die Faktoren mit fehlender Auswirkung auf $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ an den Anfang stellen und die relevanten Aspekte am Ende erörtern.

In Übereinstimmung mit Sommer (1959) fanden wir keinen Zusammenhang zwischen Entfernung des Patientenwohnsitzes und wöchentlicher Kontaktfrequenz bzw. wöchentlicher Besuchsfrequenz. Da 96,5 % ($N = 357$) unserer Patienten im Umkreis von 100 km wohnen, ist es bei dem hohen Grad der Motorisierung und der ermittelten Dominanz des PKW unter den benutzten Verkehrsmitteln nicht verwunderlich, daß unsere diesbezügliche Hypothese nicht bestätigt wurde. Groth u. a. (1960), Oberdalhoff (1969) und Erhart (1973) hatten eine negative Korrelation zwischen Besuchshäufigkeit und Entfernung herausgearbeitet.

Erhart (1973) stellte bei Patienten mit einer Aufnahme eine signifikant höhere Besuchsfrequenz als bei Patienten mit mehr Aufnahmen fest. Oberdalhoff (1969) bemerkte eine auffallend niedrige wöchentliche Besuchsfrequenz bei Patienten mit zweiter oder dritter Aufnahme, ohne daß diese Werte Signifikanz erreicht hätten. Da nach Hartmann (1971) 71,3 % der Patienten bereits nach erster oder zweiter Hospitalisierung zu Dauerpatienten wurden, stellten wir die Hypothese auf, daß eine geringe Zahl von Aufnahmen zu niedriger wöchentlicher Kontaktfrequenz und wöchentlicher Besuchsfrequenz führen müsse. Diese Vermutung bestätigte sich nicht. Evans u. a. (1961) und Oberdalhoff (1969) sahen keine Beziehung zwischen Geschlecht und Besuchshäufigkeit. Bei Zimmermann (1982) wirkte sich das Geschlecht weder auf Kontakthäufigkeit noch auf Kontaktqualität aus. Frauen erreichten (Erhart 1973) eine signifikant höhere wöchentliche Besuchsfrequenz, wohnten aber gleichzeitig näher am Krankenhaus. Sommer (1959) stellte bei Frauen mehr Besuche als bei Männern fest ($p < 0,01$). Wir

fanden bei Langzeitpatientinnen eine höhere wöchentliche Kontaktfrequenz als bei Männern ($p < 0,05$). Da die wöchentliche Besuchsfrequenz bei Frauen nicht höher ist, läßt sich dies nur durch eine höhere Beurlaubungsquote bei lang hospitalisierten Frauen erklären. In der abschließenden Regressionsanalyse verlor das Geschlecht seinen Einfluß völlig.

Zahlreiche Autoren fanden eine negative Beziehung zwischen Hospitalisierungsdauer und Besuchshäufigkeit (Rose, 1959 ; Brown, 1959 ; Sommer, 1959 ; Groth u. a. , 1960 ; Evans u. a. , 1961 ; Davis u. Murray, 1967 ; Oberdalloff, 1969 ; Erhart, 1973 ; Bhas-karan u. Dhavan, 1974 ; Jan, 1977 ; Vijayalakshmi, 1978 ; Ebringer u. Christie-Brown, 1980).

Auch bei unseren Patienten bestand eine solche Beziehung, die in der multiplen Regressionsanalyse überraschenderweise bei Langzeitpatienten nicht mehr nachgewiesen werden konnte. Hier muß angemerkt werden, daß lange Hospitalisierung hoch ($p < 0,001$) mit dem Umstand einer Zwangseinweisung korreliert. Würde man den letztgenannten Faktor aus der Analyse nehmen, träte die Hospitalisierungsdauer an dessen Stelle. Bei Aufnahme-patienten mit einer Unterbringungs-dauer von maximal 12 Wochen zeigte sich in diesem relativ kurzen Intervall ein signifikanter Abfall der Besuchshäufigkeit. Bereits in den ersten Wochen können somit auch von Besucherseite her die Weichen für eine lange Hospitalisierung gestellt werden.

Hartmann (1969) sowie Hartmann u. Meyer (1974) stellten bei le-digen Langzeitpatienten signifikant schlechte Schulleistungen fest. Bei Hartmann (1969) hatten von 1373 langjährig hospitalisierten Schizophrenen 54,3 % keine abgeschlossene Berufsausbildung. Mit gewissem Vorbehalt kann man diese der Schicht V im Sinne der Definition von Moore u. Kleining (1960) zuteilen. Diese Zahl ist fast identisch mit dem Anteil der Langzeitpatienten an Schicht V

(54,9 %) im Bezirkskrankenhaus Werneck. Die Verteilung der Schichtzugehörigkeit der Patienten des BKH Werneck (1980) zeigt eine deutliche Abweichung vom Verteilungsmuster in der Bundesrepublik (Stat. Bundesamt, 1979) und selbst im Vergleich mit dem Bezirkskrankenhaus Gabersee (Dilling, Weyerer, 1978) bestehen noch große Unterschiede.

In Werneck waren Angehörige der obersten Schichten stark unter-, Angehörige der Unterschicht jedoch stark überrepräsentiert. Den Schluß, daß ein geringer Sozialstatus eine hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen bedingt, sollte man hieraus nicht ziehen, da man bei entsprechendem Vorgehen bei Patienten eines Psychiatrischen Privatsanatoriums zum gegenteiligen Ergebnis käme.

Weder bei Aufnahme- noch bei Langzeitpatienten wirkte sich der Sozialstatus auf die $\overline{wKF}$ aus. Interessant war jedoch der Zusammenhang (bei Aufnahmepatienten) zwischen Zugehörigkeit zur niedrigsten Schicht und höherer $\overline{wBF}$.

Da diese nur einen Teil der möglichen Kontakte beinhaltet und der Einfluß der Zugehörigkeit zur Schicht V auf die $\overline{wKF}$ nicht vorhanden ist, kann dies nur so interpretiert werden :

Angehörige der untersten Schicht erhalten wesentlich weniger Urlaub, was evtl. in ungünstigen häuslichen Gegebenheiten begründet liegt. An diesem Beispiel zeigt sich die höhere Aussagekraft der $\overline{wKF}$.

Oberdalloff (1969) hatte eine höhere $\overline{wBF}$ für Angehörige der mittleren Schichten und einen Abfall zu den unteren Schichten hin herausgearbeitet.

Bei Aufnahmepatienten führte die Diagnose "alkoholkrank" zu niedriger wöchentlicher Kontaktfrequenz, aber nicht zu niedriger $\overline{wBF}$. Alkoholranke wurden also nicht seltener besucht als Patienten mit anderen Diagnosen, erhielten aber, um den Zugang zur Noxe zu erschweren, weniger Urlaub. Da dies durch zahl-

reichere Besuche ausgeglichen hätte werden können, zog die Diagnose "alkoholkrank" tatsächlich eine Verringerung der sozialen Kontakte nach sich.

Bei Langzeitpatienten fanden wir, daß Alterskranke eine höhere $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ hatten als die übrigen Patienten.

Oberdahlhoff (1969) hatte für Schizophrene extrem niedrige Werte herausgefunden, die aber doch wohl nur im Zusammenhang mit der langen Hospitalisierung dieser Patientengruppe gesehen werden dürfen.

Bei unserer Untersuchung ergab sich eine Abnahme von $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ mit zunehmendem Alter (bei Aufnahmepatienten), also eine negative Korrelation zwischen den beiden Größen. Bei Langzeitpatienten trat dieser Faktor völlig in den Hintergrund. Eine Erklärung könnte darin liegen, daß der Bekanntenkreis, der die größte Besucherquelle darstellt, bei jüngeren Menschen größer ist (Aktivitäten in Vereinen, Berufskollegen).

Oberdahlhoff (1969) hatte ermittelt, daß die $\overline{wBF}$ mit zunehmendem Alter ansteigt und dies auf eine erhöhte Hilfs- und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen zurückgeführt. Da jedoch auch in vorgerücktem Alter gerade in dieser Hinsicht erhebliche Unterschiede bestehen, die keine Berücksichtigung fanden, darf dieser Zusammenhang angezweifelt werden. Bei dieser Untersuchung wurde die Gruppe der älteren Menschen ausschließlich von Patienten mit der Diagnose "alterskrank" gestellt, wodurch eine neue Fehlerquelle entsteht.

Erhart (1973) hatte eine negative Beziehung von $\overline{wBF}$ und höherem und niedrigerem Alter gefunden.

Evans u. a. (1961) und Linn (1970) konnten keinen Alterseinfluß verifizieren. Bei der Untersuchung von Groth u. a. (1960) wiesen unbesuchte Patienten ein höheres Durchschnittsalter auf, eine Tatsache, die bei unseren Langzeitpatienten nicht zutrif.

Als stark negativer Faktor kristallisierte sich sowohl für Aufnahme-

als auch für Langzeitpatienten der Umstand einer Zwangseinweisung heraus. Diesen Zusammenhang fanden auch Jonas, Oberdalhoff und Schulze (1969) sowie Erhart (1973). Die Ursache dürfte sich im Grund für die entsprechende Maßnahme finden. Die polizeiliche Einweisung betrifft Patienten, die ein von der Gesellschaft sanktioniertes Verhalten gezeigt haben. Die Schwere der Erkrankung und insbesondere die Einschätzung ihrer mittel- und langfristigen Prognose äußern sich darin, daß eine Pflegschaft (Teilentmündigung) oder Entmündigung ausgesprochen wurde. Diese Umstände führen zu niedrigen Werten für $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$, da sich die Umwelt von den so Stigmatisierten abwendet.

Der Familienstand "verheiratet" wirkte sich bei Aufnahmepatienten positiv auf $\overline{wKF}$ und $\overline{wBF}$ aus. Hier finden wir Übereinstimmung mit Jonas u.a. (1969) sowie Groth u.a. (1960). Ebenfalls sehr aufschlußreich ist der Vergleich der Familienstände unserer Patienten mit der entsprechenden Häufigkeitsverteilung in der Bundesrepublik. Ins Auge sticht die starke Überrepräsentierung der Ledigen und die geringe Zahl verheirateter Patienten. Die Diskrepanz ist bei Langzeitpatienten besonders eklatant.

Degkwitz u. Schulte (1971) hatten bei Kurzzeitpatienten einen Anteil der Verheirateten von 35 % (N gesamt = 3233) registriert, bei Langzeitpatienten lag die Quote bei 8 % (vgl. Tab. 21 und 22). Die Chance, frühzeitig entlassen zu werden, war für Verheiratete wesentlich größer als für Ledige. 90 % der verheirateten Frauen und 80 % der verheirateten Männer konnten die Klinik innerhalb von 100 Tagen verlassen. Bei Ledigen lag dieser Anteil bei 50 % für Frauen und 60 % für Männer.

Watt und Buglass (1966) stellten fest, daß länger Hospitalisierte (N = 67) signifikant seltener verheiratet waren als Entlassene (N = 38). Zur Erklärung für den überproportional hohen Anteil Unverheirateter führen sie zwei Theorien an :

1. Endogene Theorie : Prämorbide Eigenschaften verringern die

Heiratschancen.

2. Soziale Theorie : Der Ehestand führt zu kürzerer Hospitalisierungsdauer, da bei Verheirateten die Wahrscheinlichkeit größer als bei Alleinstehenden ist, daß sich wenigstens eine Person um frühestmögliche Entlassung bemüht.

Bei Langzeitpatienten gewinnt der Familienstand keinen Einfluß auf unsere sozialen Parameter, da bei dieser Gruppe das Einweisungsverfahren die überragende Bedeutung erlangt.

Die wöchentliche Kontakthäufigkeit wird ebenso wie die wöchentliche Besuchsfrequenz von zahlreichen Faktoren richtunggebend beeinflußt und steht ihrerseits mit diesen in Wechselbeziehung. Von anderen Autoren wissen wir, daß eine geringe Besuchsfrequenz zu langer Hospitalisierung führt. Da bei Aufnahmepatienten, bei denen die weitere Entwicklung noch nicht überschaubar ist, für Unverheiratete, Zwangseingewiesene, Alkoholranke und Ältere eine geringe wöchentliche Kontaktfrequenz erwartet werden kann, gilt es, auf diese Risikogruppe ein verstärktes Augenmerk zu richten.

Möglichkeiten, die Dauerhospitalisierung zu vermeiden, könnten in der verstärkten Mobilisierung von Angehörigen oder häufigen Beurlaubungen bestehen. Letztere sind bei Zwangseingewiesenen natürlich problematisch. Ob diese gezielte Anhebung von wöchentlicher Kontaktfrequenz und wöchentlicher Besuchsfrequenz den gewünschten Effekt nach sich zieht, böte sich als Gegenstand weiterer Forschungsarbeiten an.

6. ZUSAMMENFASSUNG

In einem zwölfwöchigen Versuchszeitraum ermittelten wir die wöchentliche Kontaktfrequenz und die wöchentliche Besuchsfrequenz von 370 Patienten des Bezirkskrankenhauses Werneck. Durch eine multiple Regressionsanalyse bestimmten wir getrennt für Aufnahme- und Langzeitpatienten die Faktoren, welche die obengenannten Parameter maßgeblich beeinflussen. Dabei gelangten wir zu folgenden Ergebnissen :

Bei Aufnahmepatienten korrelierte die wöchentliche Kontaktfrequenz positiv mit dem Familienstand "verheiratet", negativ mit zunehmendem Alter, der Diagnose "alkoholkrank" und dem Umstand einer Zwangseinweisung.

Der Familienstand "verheiratet", die Diagnose "alkoholkrank" und Zugehörigkeit zu Schicht V führten zu einer höheren wöchentlichen Besuchsfrequenz. Sie nahm mit zunehmendem Alter, der Hospitalisierungsdauer und dem Umstand einer Zwangseinweisung ab.

Bei Langzeitpatienten führte die Diagnose "alterskrank" zu hoher wöchentlicher Kontaktfrequenz und wöchentlicher Besuchsfrequenz, eine Zwangseinweisung hatte den gegenteiligen Effekt.

7. ANHANG

Die Datenverarbeitung erfolgte am Rechenzentrum der Universität Würzburg auf der Rechananlage TR 440.

Bei der Literatursuche schalteten wir das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ein.

Bedeutung der Abkürzungen

AP :	Aufnahmepatienten
LP :	Langzeitpatienten
wKF :	wöchentliche Kontaktfrequenz
$\overline{\text{wKF}}$:	Mittelwert der wöchentlichen Kontaktfrequenz
wBF :	wöchentliche Besuchsfrequenz
$\overline{\text{wBF}}$:	Mittelwert der wöchentlichen Besuchsfrequenz
S :	Streuung
N :	Anzahl der Probanden
BKH :	Bezirkskrankenhaus
LKH :	Landeskrankenhaus
p :	Wahrscheinlichkeitsniveau

Daten der Computerausdrucke des Programms TUSTI:

24.02.81 (Anf.-Zeit : 21.22 Uhr)
23.04.81 (Anf.-Zeit : 15.24 Uhr)
24.04.81 (Anf.-Zeit: 18.02 Uhr)
05.05.81 (Anf.-Zeit : 17.53 Uhr)
17.05.81 (Anf.-Zeit : 13.54 Uhr)

Programm MUREG :

18.05.81 (Anf.-Zeit : 16.24 Uhr)

Programm KORANG :

21.05.81 (Anf.-Zeit : 09.52 Uhr)

8. LITERATURÜBERSICHT

1. Achte, R. A.:
On prognosis and rehabilitation in schizophrenic and paranoid psychoses.
Kopenhagen 1967
2. Bernstein, R. A., Manchester, R. A. und Weaver, L. A.:
The Effect of Visiting on Psychiatric Patients in a General Hospital.
Community Mental Health Journal, 16 (3), 1980, S. 235-240
3. Brown, G. M.:
Social factors influencing length of hospital stay of schizophrenic patients.
British Medical Journal 2, 1959, S. 1300-1302
4. Cooley, W. W., Lohnes, P. R.:
Multivariate Data Analysis.
New York 1971
5. Davis, J., Murray, E.:
Effect of visiting on the psychiatric patient.
Mental Hygiene 57, 1967, S. 119-127
6. Degkwitz, R., Schulte, P. W.:
Einige Zahlen zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik.
Nervenarzt 42, 1971, S. 169-180
7. Dilling, H., Weyerer, S.:
Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung.
München, Wien, Baltimore : Urban & Schwarzenberg 1978

8. Draper, N. und Smith, H.:
Applied Regression Analysis.
John Wiley, New York ²1980
9. Ebringer, L., Christie-Brown, J.R.W.:
Social deprivation amongst short stay psychiatric patients.
British Journal of Psychiatry 136, 1980, S. 46-52
10. Erhart, R.:
Statistische Untersuchung über die Besuchs- und Besucher-
frequenzen am Westfälischen LKH. Gütersloh.
Münster (Westfalen) 1973
Med. Diss.
11. Evans, A.S., Bullard, D.M., Solomon, M.H.:
The family as a potential resource in the rehabilitation of the
chronic schizophrenic patients : a study of 60 patients and
their families.
American Journal of Psychiatry 117, 1960-61, S. 1075-1083
12. Finzen, A. (Hrsg.) :
Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern.
Piper, München 1974
13. Forest, A.D. u.a. :
Schizophrenia.
Scottish Medical Journal 7, 1962, S. 124-128
14. Franke, H.:
Manuskript und Vortrag.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1967
15. Freeman, J., Mandelbrote, B., Waldron, J.:
Attitudes to Discharge Among Long Stay Mental Hospital Popu-
lation.
British Journal of Social and Clinical Psychologie 4, 1969,
S. 270-274

16. Gore, C.P., Jones, K.:
Survey of a long-stay mental hospital population.
Lancet 2, 1961, S. 544-546
17. Groth, C., Gordon, H., Dietrich, F.:
The problem of unvisited patients in a mental hospital.
Mental Hygiene 44/2, 1960, S. 210-217
18. Haddenbrock, S., Poeschel, H.:
Die chronisch Kranken eines Psychiatrischen Landeskrankenhauses.
Nervenarzt 34, 1963, S. 49-55
19. Häfner, H.:
Psychiatrische Epidemiologie.
Berlin, Heidelberg, New York : Springer 1978
20. Hartmann, W., Meyer, J.E.:
Zur stationären Behandlung chronisch Schizophrener.
Nervenarzt 45, 1974, S. 1-8
21. Hollingshead, A.B., Redlich, F.:
Der Sozialcharakter psychischer Störungen.
Frankfurt/Main : Fischer o.J.
22. Huppmann, G.:
Soziale Bedingungen des Anstaltssyndroms.
Unveröffentl. Habil.-Schrift, Würzburg 1980
23. Jan, L.J.:
Influence of relatives on the length of hospital stay.
Social Work 22, 1977, S. 60-61
24. Jonas, R.:
Vergleichende Untersuchung über Besuchsfrequenzen an 3 Kliniken der Universität Göttingen.
Göttingen 1968
Med. Diss.

25. Jonas, R., Oberdalloff, H.E., Schulze, H.H.:
Visitor attendance at psychiatric and non-psychiatric
hospitals.
Social Psychiatry 4/2, 1969, S. 69-75
26. Kleining, G.:
Klassenmobilität.
Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 27,
1975, S. 96-119
27. Kleining, G., Moore, H.:
Soziale Selbsteinstufung.
Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 20,
1968, S. 502-552
28. Kunze, H.:
Komplementäre Dienste und Heime - Eine Untersuchung der
nicht klinisch-stationären Einrichtungen im Einzugsbereich
eines psychiatrischen Krankenhauses.
Nervenarzt 48, 1977, S. 541-547
29. Lange, M.:
Statistische Erhebungen über langjährig behandelte Schizo-
phrenie-Kranke.
Göttingen 1965
Med. Diss.
30. Lienert, G.A.:
Verteilungsfreie Methoden der Biostatistik.
A. Hain, Meisenheim 1973 (Bd. I), 1978 (Bd. II)
31. Linn, L.S.:
State hospital environment.
Archives of General Psychiatry 23, 1970, S. 346-351

32. Ludwig, E.G., Collette, J.:
Dependency, Social Isolation and Mental Health in a Disabled Population.
Social Psychiatry, 1970, S. 92-95
33. Moore, H., Kleining, G.:
Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten in Deutschland.
Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 12,
1960, S. 86-119
34. Morgan, H.G., Cooper, B.:
Fortschritte der Sozialpsychiatrie 3
Epidemiologische Psychiatrie.
München, Wien, Baltimore : Urban & Schwarzenberg 1977
35. Mruck, H.:
Statistische Untersuchungen über die Besuchsfrequenz am
Westfälischen LKH in Gütersloh.
Münster (Westfalen) 1972
Med. Diss.
36. Oberdahlhoff, H.E.:
Besucherfrequenzen in einem Psychiatrischen Landeskrankenhaus. Eine statistische Untersuchung.
Göttingen 1969
Med. Diss.
37. Rose, Ch.:
Relatives Attitudes and Mental Hospitalization.
Mental Hygiene 43, 1959, S. 194-203
38. Schäfers, B.:
Sozialstruktur und Wandel der BRD.
Stuttgart : Enke 1979

39. Schulte, W., Tölle R.:
Psychiatrie.
Berlin, Heidelberg, New York, Springer ⁵1979
40. Sommer, R.:
Visitors to mental hospitals.
Mental Hygiene 43, 1959, S. 8-15
41. Standop, E.:
Die Form der wissenschaftlichen Arbeit.
Heidelberg : UTB 1977
42. Statistisches Bundesamt :
Gesellschaftliche Daten BRD 1979.
Reihe Berichte + Dokumentationen, Bd. 20, 1979
43. Vijayalakshmi, B.:
Study of factors affecting chronicity in mental patients.
Indian Journal of Social Work 39, 1978, S. 239-246
44. Watt, D. C., Buglass, D.:
The effect of clinical and social factors on the discharge of
chronic psychiatric patients.
Social Psychiatry 1, 1966, S. 57-63
45. Weber, E.:
Grundriß der biologischen Statistik.
Stuttgart : Fischer 1972
46. Zimmermann, D.:
Soziale Isolation und Einsamkeit bei psychiatrischen Lang-
zeitpatienten.
Beltz Verlag, Weinheim und Basel 1982

LEBENS LAUF

Am 13. April 1957 wurde ich als Sohn des kaufmännischen Angestellten Adolf Weiß und seiner Ehefrau Erika, geb. Eisenberg, in Werneck geboren.

Von 1960 bis 1963 besuchte ich den Katholischen Kindergarten in meinem Heimatort Waigolshausen.

Nach vierjährigem Besuch der dortigen Volksschule trat ich 1967 an das Celtis-Gymnasium Schweinfurt über. Dort legte ich 1976 mit Erfolg die Abiturprüfung ab.

Zum Wintersemester 1976/77 nahm ich an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg das Studium der Humanmedizin auf. Während meiner Studienzeit wurde ich durch ein Stipendium der Bayerischen Begabtenförderung unterstützt. Mein Studium beendete ich mit dem Staatsexamen am 5. Mai 1983. Die Approbation erhielt ich am 9. Mai desselben Jahres.

Am 26. Mai 1983 heiratete ich meine Frau Irmgard, geb. Klopff.

Am 4. Juli 1983 wurde ich zur Bundeswehr einberufen, wo ich derzeit als Stabsarzt meiner Wehrpflicht nachkomme.

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80